Rok XLIX. Kraków, dnia 23 kwietnia 1910. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z c. k. uniwersyteckiej Kliniki okulistycznej Radcy Dworu Prof. B. Wicherkiewicza i z c. k. uniwersyteckiego Zakładu mikrobiologii Prof. Dra Nowaka.

Hemeralopia, Xerosis et Keratomalacia.

Podał

Dr Edmund Rosenhauch,

asystent kliniki.

Oddawna wiadomą jest rzeczą, że pewne choroby oczne pozostają w związku z cierpieniami niektórych narządów lub ogólnemi schorzeniami ustroju. Wiemy, że w przebiegu zapalenia nerek rozwija się często charakterystyczne zapalenie siatkówki (retinitis albuminurica), że wiądowi rdzenia towarzyszy zanik nerwów wzrokowych, że w następstwie kiły, lub gośćca niejednokrotnie powstaje zapalenie tęczówki i t. d.

Prócz tych jednak cierpień, których związek z dokładnie określonemi chorobami ustroju jest dobrze znany, istnieją trzy schorzenia narządu wzrokowego, pozostające w pewnym, jakkolwiek niejasnym związku z ogólnym stanem ustroju, który zwykliśmy nazywać jużto przedwczesnem starzeniem się (marasmus praematurus), jużto podupadłem odżywieniem, złym składem krwi, charłactwem, upadkiem sił i t. p. Nazw. tych, jakkolwiek dotyczą one spraw pokrewnych, nie można jednak uważać za identyczne. Do zmian, jakie w tych stanach ustroju występują w narządzie wzrokowym należą: kurza ślepota (hemeralopia), zeskórnienie (xerosis) i zmięknienie rogówki (keratomalacia).

Pierwsze badania, odnoszące się do tych cierpień, przypadają pod koniec pierwszej połowy XIX wieku. Wtedy to opisał Rau dwa przypadki zeskórnienia, jednakże nie tłómacząc przyczyny tego cierpienia. W kilkanaście lat później ogłosił Bitot swoje spostrzeżenia nad zeskórnieniem, pisząc między innemi: »Cette lesion n'occupe pas les paupières, elle se forme sur le globe de l'oeil et elle consiste, non en une inflammation, mais en un assemblage de points d'un blanc éclatant, produisant comme une tache nacrée ou argentée à côté de la cornée transparente«. On też pierwszy zwrócił uwagę na łączność zeskórnienia z kurzą ślepotą.

Wkrótce potem potwierdził spostrzeżenia Bitota Villemin, a jako przyczynę kurzej ślepoty podał mechaniczną przeszkodę, wywołaną przez ułożenie się złuszczonych komórek nabłonkowych na powierzchni rogówki.

Netter sprzeciwia się temu zapatrywaniu, uważa kurzą ślepotę za poboczny objaw zeskórnienia, ze złuszczeniem nabłonka niemający nic wspólnego.

Prawie równocześnie ogłosił Gama Lobo z Rio de Janeiro 4 spostrzeżenia tego cierpienia, które nazywa: »Ophthalmia Brasiliana«. Wszystkie te 4 przypadki były ciężkie, połączone ze zmianami rogówki i skończyły się śmiertelnie.

Jednakże pierwszym, który dokładnie opisał zmiany występujące w przebiegu tego cierpienia na rogówce, był A. Graefe. Wszystkie jego przypadki odnoszą się do dzieci w wieku 2—4 miesięcy; wszystkie te dzieci były blade, źle odżywione, cierpiały na rozwolnienia; wszystkie też przypadki zakończyły się śmiertelnie, wśród coraz znaczniejszego upadku sił, lub wskutek przyłączającego się zapalenia płuc. Były to zatem przypadki ciężkie, podobne do opisanych przez Gama Lobo. Graefe uważa zmiany oczne za następstwo zmian mózgu (encephalitis infantilis), a przypuszczenie to opiera na badaniach mikroskopowych tkanki mózgowej, dokonanych przez Klebsa, ktory prócz tego znalazł w wątrobie w tych przypadkach rozległe stłuszczenia. Już wtedy przypuszczał też Graefe, że wszystkie te zmiany zależne są od ogólnego zaburzenia w odżywieniu ustroju. »In unseren beiden Fällen« pisze Graefe, »fand sich allerdings ausser der Encephalitis noch Fettleber vor und es könnte hiernach der Verdacht auftauchen, dass vielleicht das Hirnleiden mehr eine Teilerscheinung allgemeiner Ernährungsstörungen als den Quellpunkt des Gesammtleidens bezeichne«. Lżejsze postacie tego cierpienia bez powikłań rogówkowych opisał Snell w czasopiśmie: »The Lancet« i następnie Hocquart w »Archives d'Ophthalmologie«.

W opisie podróży po krajach bengalskich wspominają Capello i Ivens, że spotkali chorego nędznie odżywionego, prawie bezsilnego, którego wzrok coraz bardziej podupadał. Chory ten w końcu oociemniał zupełnie; przypadek zakończył się śmiertelnie. Gouvea w swojej obszernej rozprawie o zmięknieniu rogówki przytacza opisy Capelli i Ivensa i przypuszcza, że podróżnicy ci spotkali się z daleko posuniętym stopniem zmięknienia rogówki na tle wyniszczenia ustroju. Autorowi temu przypada zasługa zwrócenia uwagi na związek, zachodzący pomiędzy zeskórnieniem i kurzą ślepotą z jednej strony, a zmięknieniem rogówki z drugiej. U niewolników murzynów, zmuszonych do ciężkiej pracy przy niedostatecznem odżywianiu się, spostrzegał Gouvea charakterystyczne trójkątne zmiany zeskórnienia, znajdujące się po bokach rogówki w obrębie szpary powiekowej. Prawie we wszystkich tych przypadkach chorzy skarżyli się równocześnie na upośledzenie bystrości wzroku wieczorem o zmroku. Gouvea pierwszy zaznaczył, że samo złe odżywienie ustroju nie wystarcza do wywołania kurzej ślepoty, ale że koniecznem do tego jest także zadrażnienie siatkówki jaskrawem światłem, niejako uraz świetlny. Z reguły też z wywiadów przekonywał się, że niedowidzenie wieczorne występowało po pracy w polu najczęściej w czasie

żniw, podczas słonecznych dni. W przypadkach Gouvei przyłączały się do już wymienionych objawów, powikłania rogówkowe, występujące w postaci drobnych owrzodzeń w środku rogówki, które się szybko rozszerzały ku obwodowi, wywołując rozpad tkanki, wśród prawie zupełnego braku objawów zapalnych. Przypadki takie spostrzegał Gouvea, zarówno u osób dorosłych, jak zwłaszcza u dzieci, u których zazwyczaj sprawa kończyła się śmiertelnie. Kurzą ślepotę tłómaczy Gouvea niedokrwieniem siatkówki, pozostającem w związku z podupadłem odżywieniem ustroju i urazem świetlnym. Za przyczynę zeskórnienia i rozmięknienia rogówki uważa również przewlekłe postępujące zaburzenia w odżywieniu i proponuje dla tych cierpień nazwę: »Xerophthalmia cachectica«.

Ciekawe spostrzeżenia ogłosili Kubli i Thalberg. Spostrzeżenia obu odnoszą się do chorych, zgłaszających się do szpitali petersburskich, przeważnie po długo trwających postach (przed Wielkanocą, 7 tygodni). W przeciągu 5 lat spostrzegał Kubli 19.589 chorych na cierpienia oczne, z tych 320 było dotkniętych kurzą ślepotą (241 mężczyzn, 79 kobiet). Choroba ta występowała daleko częściej u mężczyzn, przeważnie u robotników, pracujących ciężko fizycznie, wystawionych na działanie powietrza i jaskrawego światła. Byli to przeważnie marynarze, rybacy, rolnicy i t. d. Do wystąpienia kurzej ślepoty koniecznem jest, zdaniem Kubliego, niedostateczne odżywienie, bezpośrednią zaś przyczyną, wywołującą to cierpienie, jest fizyczny wysiłek i zadziałanie silnego światła. Objawy, jakie podczas tej choroby występowały, były następujące: niedokrwistość, bladość skóry i błon śluzowych, zapalenia gardła i tchawicy, zajęcia oskrzeli, zaburzenia trawienia. W wielu przypadkach obok kurzej ślepoty zmiany w narządzie wzrokowym polegały na znanych przyrogówkowych trójkątach zeskórnienia. Zmięknienia rogówki autor ani razu nie spostrzegał. Thalberg spotykał również podczas okresu wielkopostnego zmiany w narządzie wzrokowym w szpitalu dziecięcym w Petersburgu. Spostrzeżenia Kubliego odnoszą się do osób starszych, a zmiany ograniczały się albo tylko do kurzej ślepoty, albo do kurzej ślepoty z zeskórnieniem; natomiast spostrzeżenia Thalberga u dzieci należą do przypadków cięższych, prawie stale łączących się z powikłaniami na rogówce, najczęściej w postaci zupełnego jej zmięknienia. Zmiany te występowały u dzieci, których matki niedostatecznie się odżywiały — u dzieci częstokroć zupełnie, zdaniem Thalberga, zdrowych. O ile dzieci przebywały inne jakie choroby, to zmiany narządu wzrokowego tem szybciej i tem groźniej się rozwijały. Z powodu zbyt młodego wieku chorych nie można było stwierdzić, czy u dzieci tych istniała kurza ślepota. Thalberg przypuszcza, że przyczyną rozpadu rogówki jest zwolniony, albo zupełnie odcięty dopływ materyałów odżywczych, wskutek upadku ogólnego stanu odżywienia. Autor ten porównuje rozpad rogówki z powstawaniem zgorzeli na kończynach w przebiegu chorób ostrych, jak np. duru. W rogówce może do zmian takich dojść tem łatwiej, że błona ta, jak wiadomo, zupełnie nie posiada naczyń. Krążenie soków odżywczych w rogówce odbywa się, jak tego badania Pflügera dowiodły, od obwodu do środka. Głębsze warstwy rogówki odżywiają się kosztem naczyń twardówki, powierzchowne zaś jej warstwy zaopatrują w żywność naczynia spojówkowe. Thalberg wypowiada więc przypuszczenie, że powodem zmięknienia rogówki mogą być zakrzepy w naczyniach, przebiegających w obrębie pierścienia rogówkowo-twardówkowego. Chociaż zmiany tej mikroskopowo nie stwierdzono, to jednak zdaniem Thalberga, bardzo za tem przemawia nagły i szybki rozpad tkanki rogówki wśród prawie zupełnego braku objawów zapalnych. Atropina oddawała Thalbergowi złe usługi. Sprawa chorobowa natomiast szybko ustępowała po zastosowaniu maści eserynowej. Thalberg nie tłómaczy sposobu, w jaki mogło korzystnie wpływać na przebieg cierpienia rogówki, zastosowanie eseryny. Możnaby sobie je jednak wytłómaczyć w następujący sposób: wskutek niedokrwistości i podupadłego ogólnego stanu odżywienia, krążenie krwi odbywa się wolniej, tak, że niejednokrotnie następuje zastój (co najprawdopodobniej naprowadziło Thalberga na przypuszczenie tworzenia się zakrzepów w naczyniach przyrogówkowych). Jeżeli do takiego oka wpuścimy atropinę, to wskutek rozszerzenia źrenicy wzmagamy ucisk na kanał Schlemma i jeszcze bardziej przyczyniamy się do utrudnienia odpływu żylnego; eseryna natomiast przez zwężenie źrenicy nietylko nie wywołuje ucisku na kanał Schlemma, ale przeciwnie przyczynia się do ułatwienia odpływu żylnego z przedniego odcinka gałki ocznej. Korzystny wpływ eseryny na powikłania rogówkowe (keratomalacia) spostrzegał Thalberg nietylko u dzieci, ale także i u mężczyzn dorosłych, u których prawie z reguły występowały przy rogówce plamki zeskórnienia.

(C. d. n.).

O gruczołach przytarczycowych

(glandulae parathyreoideae).

Napisał

Prof. Dr Adam Bochenek.

(Ciąg dalszy).

b) Budowa histologiczna.

Badanie mikroskopowe gruczołów przytarczycowych wykazuje, że są one tworami nabłonkowymi, otoczonymi osłonką z tkanki łącznej. Wśród nabłonkowych komórek gruczołków widać mniejszą lub większą ilość tkanki łącznej, która stanowi podstawę dla komórek nabłonkowych. Tak ilość, jak i rozłożenie tkanki łącznej, wewnątrz gruczołków się znajdującej, ulega zmianom indywidualnym. To też już Sandström rozróżnił trzy typy budowy gruczołków; badania późniejsze (Kohna, Schapera, Tourneux i Verduna, Benjaminsa, Zuckerkandla) stwierdziły również istnienie tych typów.

Typ najprostszy budowy przedstawia wielką przewagę elementów nabłonkowych, między którymi znajduje się tylko delikatne naczyńka włosowate, z towarzyszącą im nieznaczną ilością tkanki łącznej.

W typie drugim elementa nabłonkowe tworzą wyraźne beleczki, łączące się ze sobą siatkowato, przestrzenie wolne tej siatki wypełnia tkanka łączna z naczyniami krwionośnemi.



Histologiczny obraz gruczołu przytarczycowego z kota.

Najrzadszym stosunkowo jest trzeci typ budowy, w którym komórki nabłonkowe układają się w lite pęcherzyki, pooddzielane większą ilością tkanki łącznej.

Wszyscy, badający początkowo gruczołki przytarczycowe (Sandström, Baber, Rogowicz, Gley i Phisalix, Zieliń-

ska, Schaper) podnosili, że budowa gruczołków przedstawia zasadnicze podobieństwo do utkania zarodkowych gruczołów tarczowych. Dopiero Kohn (1895) podniósł szereg różnic i wykazał, że podobieństwo to nie jest bynajmniej tak znaczne. Najbardziej zaś zasadniczą, jego zdaniem, różnicą jest fakt, że nawet u dorosłych nie występuje nigdy w gruczołkach przytarczycowych typowa wydzielina tarczycy, t. j. koloid.

Ponieważ Kohn w badaniach swoich, opartych na obfitym materyale gruczołków przytarczycowych kotów różnego wieku znalazł raz tylko koloid, sądzi, że uważanie gruczołków za zarodkowe utkanie tarczycy jest rzeczą błędną. Natomiast należy uważać, zdaniem jego, gruczołki za twory przyrody zupełnie swoistej, blizkie tarczycy tylko położeniem. Sądzi on, że są to specyalne gruczoły, nie mające przewodu, o ważnem wydzielaniu wewnętrznem. Dlatego też proponował zmianę nazwy, wprowadzonej dla nich przez Sandströma, na nazwę ciałek nabłonkowych (Epithelkörperchen), która nie oznacza żadnego stosunku gruczołków do tarczycy.

Od czasu, gdy Kohn postawił jako kryteryum braku powinowactwa między gruczołkami przytarczycowymi, a tarczycą, brak w pierwszych koloidu, cały szereg autorów zwrócił uwagę na to, czy koloid w gruczołkach da się wykazać, czy nie.

Schaper, Müller, Schreiber, Nicolas, Lusena, widzieli, że w części gruczołka przynajmniej mogą wytworzyć się pęcherzyki, wypełnione koloidem, że mogą one znaleźć się już w gruczołkach osobników młodych. Prócz tego stwierdzali oni często istnienie torbielków większych lub mniejszych, lub nawet małych ślepych przewodów, wysłanych nabłonkiem czasem nizkim kubicznym, a więc podobnym do nabłonka tarczycy, albo też czasem migawkowym. W tych torbielkach można było wykazać albo jakąś masę ziarnistą, albo wyraźny koloid.

Samego faktu stwierdzenia pęcherzyków, torbielków lub przewodów wypełnionych nawet koloidem, nie można uważać za dostateczne kryteryum podobieństwa lub różnicy gruczołka przytarczycowego i tarczycy, a to z dwóch względów. Po pierwsze, w okolicy, w której rozwijają się gruczołki, powstaje także osobny, niedawno dopiero poznany twór, z podobnych torbielków i kanałów się składający, twór, zwany ciałem pozaskrzelowem (corpus postbronchiale). Otóż z powodu blizkości miejsca rozwoju mogą łatwo części ciała pozaskrzelowego uledz objęciu przez tkankę gruczołków, a wtedy leżący w gruczołku torbielek lub pęcherzyk nie należy rozwojowo do gruczołka. Odnosi się to także do wszystkich podobnych tworów, leżących koło gruczołków.

Po drugie, wykazanie nawet jakiejś substancyi koloidalnej w jednym i drugim tworze nie dowodzi bynajmniej identyczności tych substancyi, a tem mniej identyczności tworów, wśród których ona powstała. Wszystkie dowody na podobieństwo dwóch substancyi koloidalnych są tylko wnioskami, opartymi na podobnem zachowaniu się tych substancyi względem barwików, a dowód taki wobec braku możliwości stwierdzenia, czy tak samo barwiące się substancye koloidalne są rzeczywiście chemicznie identyczne, nie pozwala właściwie stwierdzić ściśle ich podobieństwa, czy też identyczności, Wszak nieraz skrzepłe osocze krwi w naczyniu może przedstawiać się zupełnie podobnie, jak koloid gruczołu tarczowego. Udowodnić więc tożsamości gruczołków z tarczycą na podstawie stwierdzenia w nich koloidu nie podobna.

Drugą sprawą, która zajmowała i zajmuje jeszcze wielu badaczy, jest sprawa mikroskopowego udowodnienia wydzielania w gruczołkach. Zajmowali się pytaniem tem Kohn, Benjamins, Schreiber, Erdheim, Zuckerkandl, Petersen, a w ostatnich czasach Königstein.

Benjamins, opisując budowę gruczołków przytarczycowych, opisał w nich trzy rodzaje komórek. Pierwsze, to komórki palisadowate, wysokie, wałeczkowate, układające się jedną lub kilkoma warstwami w obwodowych warstwach gruczołków. Główną masę gruczołków stanowią jednak komórki typu drugiego, dość duże, w każdym razie większe od komórek tarczycy, o dużem pęcherzykowatem, słabo barwiącem się jądrze, a o protoplazmie zupełnie się nie barwiącej. Obok tych znajdujemy w środku gruczołków komórki również duże o małem jądrze, silnie barwiącem się i o protoplazmie ziarnistej, silnie chłonącej barwiki. Te komórki, opisywane również przez Kohna i Schreibera, a przez Erdheima nazwane komórkami kwasochłonnemi (oksyfilnemi), leżą zwykle grupami wśród komórek typu drugiego. Między dwoma ostatnimi typami można zauważyć szereg form przejściowych. Komórki, wypełnione ziarnistością, uważają zgodnie Benjamins, Petersen i Königstein za komórki, wypełnione wydzieliną. Formy przejściowe do komórek o protoplazmie jasnej, nie chłonącej barwików, za komórki, które częściowo swą wydzielinę oddały. Tak Benjamins, jak Petersen sądzą, że wydzielina dostaje się wprost do naczyń krwionośnych lub limfatycznych. Przy sprawie wydzielania niektóre komórki mogą uledz rozpadowi, wtedy przemieniają się one w koloid. Ten leży między innemi komórkami, które czasem ułożyć się mogą w kształt pęcherzyków. Benjamins, jak Petersen i Königstein uważają, że powstanie w gruczołkach koloidu jest wprawdzie objawem stałym, jako wynik rozpadu komórek, jest to jednak objaw zupełnie uboczny. Właściwy produkt gruczołu nie da się bowiem ich zdaniem wykazać mikroskopowo, i dlatego nie może być poznany.

W skład komórek gruczołków wchodzi u osobników starszych także tłuszcz, jak to stwierdził Erdheim; ilość tłuszczu zwiększa się z wiekiem w gruczołkach, i to nietylko w komórkach nabłonkowych, ale także i w komórkach tkanki łącznej gruczołków, tak że tkanka tłuszczowa może w gruczołkach osób starszych znacznie przeważać.

Z innych badań mikrochemicznych stwierdziły badania Petersena, że w komórkach gruczołkowych znajduje się glikogen, badania zaś Gleya, że w gruczołkach znajduje się jod, i to nawet w ilości większej, niż w tarczycy.

Naczynia krwionośne gruczołków badali Schaper i Petersen; podnoszą oni obaj, że naczynia włosowate odznaczają się w nich niezwykłą szerokością i że tworzą jakby pewien rodzaj zatok. Naczyń limfatycznych większych, jak to podniósł Petersen, zwykle w gruczołkach niema. U starszych osób silnemu rozszerzeniu ulegają w gruczołkach przestrzenie limfatyczne kołonaczyniowe i śródłącznotkankowe.

Zakończenia nerwowe w gruczołkach widział Sacerdotti.

c) Embryologia gruczołów przytarczycowych.

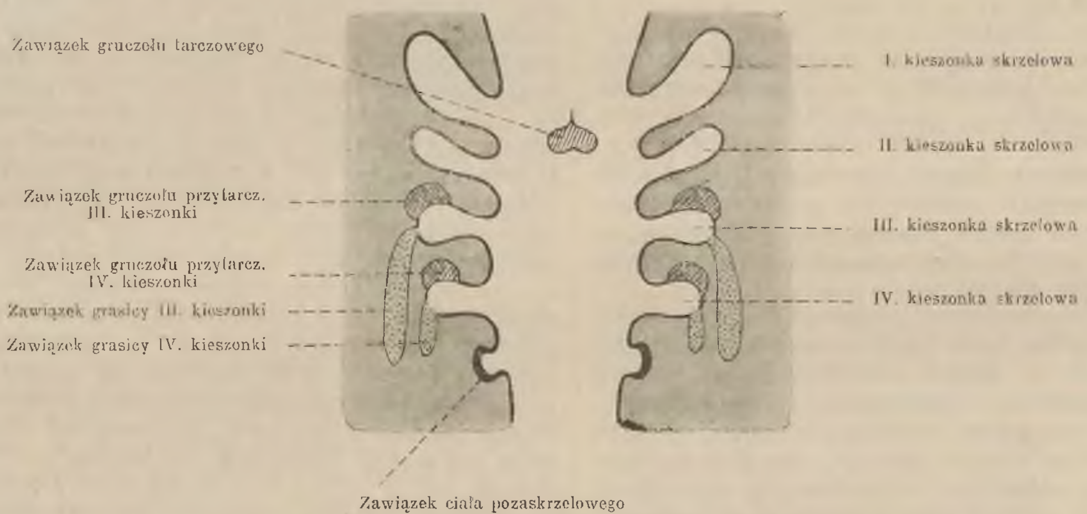
Gruczoły przytarczycowe, jak to wykazują nowsze badania Groschuffa, a także Verduna, należą do tworów, powstałych z nabłonka entodermalnego wewnętrznych kieszonek oskrzelowych na bocznej ścianie późniejszego gardła (pharynx). Z tych kieszonek powstają prócz nich grasica i tak zwane ciało pozaskrzelowe (corpus postbronchiale). Natomiast gruczoł tarczowy (gland. thyreoidea), pozostający w stadyach definitywnych w tak ścisłej łączności anatomicznej z gruczołami przytarczycowymi, powstaje na przedniej ścianie gardła (pharynx), między trzema guzkami, które później utworzą wspólnie język.

Według bardzo gruntownych i na wielkim materyale opartych badań Verduna powstają tak gruczoły przytarczycowe, jak i grasica, z trzeciej i czwartej kieszonki skrzelowej wewnętrznej. Nabłonek tej kieszonki buja we wczesnych okresach zarodkowych w dwóch kierunkach, ku stronie brzusznej i ku stronie grzbietnej. Wypuklenia brzuszne w obu kieszonkach są zawiązkami grasicy. Zawiązek brzuszny trzeciej kieszonki rozwija się w dalszym ciągu w grasicę definitywną, natomiast zawiązek grasicowy kieszonki czwartej albo zanika zupełnie, albo też pozostają z niego

tylko ślady w postaci małych grudek tkanki grasicznej, przylegających do ciałka nabłonkowego trzeciej kieszonki. Te grudki opisał pierwszy raz u kota Kohn i nazwał je płatkami grasicznymi (Thymusläppchen). Z wypukleń grzbietnych tychże samych kieszonek, t. j. trzeciej i czwartej, powstają naprzód małe ciałka lite, utworzone jedynie z komórek nabłonkowych, potem wrasta między nabłonek tkanka łączna, dzieląc jednolitą masę nabłonka na lite sznury nabłonkowe. Stosunek utworzonych w ten sposób gruczołów przytarczycowych do narządów sąsiednich zmienia się w dalszym ciągu rozwoju.

Gruczoł przytarczycowy kieszonki trzeciej leży z początku tuż obok grasicy, gdy jednak ta obsuwa się w dół, ciałko to pozostaje na miejscu. Ponieważ właśnie rozrasta się zawiązek pierwotny gruczołu tarczowego, gruczoł przytarczycowy zaczyna przylegać do niego, tworząc tak zwany przez Kohna zewnętrzny gruczoł przytarczycowy.

Gruczoł przytarczycowy kieszonki czwartej pozostaje na stałe w łączności z małym zawiązkiem grasicznym kieszonki czwartej, który, o ile nie zaniknie, tworzy przy nim płatek grasiczny. Z dwoma tworami gruczołowymi, powstałymi z czwartej kieszonki skrzelowej (gruczołkiem tarczycowym i płatkiem grasicznym) łączy się jeszcze jeden zawiązek zarodkowy, któremu dawniej przypisywano ważną rolę w utworzeniu gruczołu tarczowego. — Jest to wypuklenie nabłonka, powstające poniżej kieszonki skrzelowej 4-tej w miejscu szczątkowych dolnych szczelin skrzelowych. Z tych dwóch symetrycznych wypukleń nabłonkowych, zdaniem dawniejszych badaczy (Wölfler, Stieda, Born) miały powstawać płaty boczne gruczołu tarczowego, te miały później łączyć się z zawiązkiem środkowym, powstałym między guzkowatymi zawiązkami języka, we wspólną całość.



Schemat powstawania gruczołów pochodzących z kieszonek skrzelowych.

Badania jednak nowsze, zwłaszcza Verduna, wykazują, że boczny ten zawiązek nie daje bynajmniej materyału na boczne płaty gruczołu tarczowego, lecz że zostaje tworem szczątkowym, z którego tworzy się nieznaczna ilość pęcherzyków, wysłanych nabłonkiem nieraz migawkowym, zawierających czasem substancyę do koloidu podobną. Całą tę, wspólnem pochodzeniem związaną grupę pęcherzyków objęto nazwą ciała pozaskrzelowego (corpus postbronchiale). Ciało pozaskrzelowe przylega do gruczołu przytarczycowego, powstałego z 4-tej kieszonki skrzelowej i do powstałego z niej płatka grasicznego, wszystkie zaś razem z rozrostem gruczołu tarczowego układają się na dolnej części jego tylnej powierzchni. Niektóre pęcherzyki ciała pozaskrzelowego mogą uledz obrośnięciu przez tkankę gruczołu przytarczycowego dolnego, stąd też niektóre torbiele, zawierające nieraz koloid, wykazywane w tym gruczole, nie pochodzą bynajmniej z utkania samego gruczołu przytarczycowego, lecz z utkania ciała pozaskrzelowego.

Widzimy więc z rysu rozwojowego gruczołów przytarczycowych, że powstają z zupełnie niezależnych i od początku oddzielnych zawiązków, że więc co do powstawania są tworami zupełnie odrębnej przyrody.

Że ten rodzaj zapatrywania się na rozwój gruczołów przytarczycowych ciała pozaskrzelowego i gruczołu tarczowego jest słuszny, dowodzą przypadki nieprawidłowego rozwoju tej okolicy, opisane przez Formanka i Haskoveca. W przypadkach tych istniał zupełny wrodzony brak gruczołu tarczowego, którego nawet śladów wykazać nie było można, natomiast gruczoły przytarczycowe, grasica i ciało pozaskrzelowe rozwinęły się prawidłowo. Skoro te narządy rozwinęły się prawidłowo, a należy przypuszczać, że cała boczna okolica gardła, t. j. okolica szczelin skrzelowych, rozwijała się prawidłowo, dziwnemby też było, gdyby z tej okolicy powstająca część gruczołu, t. j. płaty boczne gruczołu tarczowego się nie rozwinęły. Natomiast zrozumiałem jest łatwo, że brak jedynie środkowego zawiązka, leżącego na przedniej ścianie gardła, spowodował zupełny zanik gruczołu tarczowego, skoro ten jedynie z tego środkowego zawiązka powstaje.

d) Fizyologia gruczołów przytarczycowych.

Pytanie o znaczeniu gruczołów przytarczycowych dla fizyologii ustroju zwierząt ssących i człowieka wyłoniło się z wyników, otrzymanych przy doświadczeniach, prowadzonych celem stwierdzenia znaczenia fizyologicznego gruczołów tarczowych.

Badania nad fizyologią gruczołów tarczowych doprowadziły do przekonania, że wycięcie gruczołów tarczowych u zwierząt mięsożernych, psa, kota, lisa, wywołuje u nich stale śmierć, która w krótkim czasie następuje, a to wśród objawów ogólnych klonicznych i tonicznych kurczów, t. j. wśród objawów tężyczki (tetania). Natomiast doświadczenia na zwierzętach trawożernych (królik, baran, owca) przekonały, że zwierzęta te znoszą operacyę dobrze, to znaczy, że tężyczka u nich nie występuje, że jednak po dłuższym czasie rozwija się u nich charłactwo (cachexia), która objawia się ociężałością, zmianami w uwłosieniu, strupami i ranami na skórze. Jako przyczynę tej różnicy podawano odmienną przemianę materyi u jednych i u drugich zwierząt. Gruczoł tarczowy miał spełniać czynność rozkładania toksyn, powstałych w sprawach przemiany materyi ustroju. Tych toksyn u zwierząt trawożernych powstawać ma mniej, dlatego objawy zatrucia przybierają u nich postać zatrucia przewlekłą, natomiast u zwierząt mięsożernych toksyn tych ma powstawać więcej, wskutek czego intoksykacya, po wycięciu gruczołu tarczowego, który nie zobojętniał tych toksyn, występuje u nich w formie ostrej, t. j. w postaci tężyczki.

Otóż doświadczenia Gleya, wykonane w r. 1892, przekonały, że u zwierząt trawożernych, t. j. u królika, operacya ta może wywołać śmierć w krótkim czasie i wśród objawów tężyczki, jeżeli wykona się operacyę całkowitego wycięcia gruczołu tarczowego (thyreoidectomie complète). Ta zaś operacya polega na tem, że wycina się nietylko sam gruczoł tarczowy, ale i dwa gruczołki leżące poniżej niego. Te dwa gruczołki nazwał Gley »glandules thyreoides«, i w dalszych swych badaniach uznał za identyczne z gruczołkami przytarczycowymi, odkrytymi już przez Sandströma.

Doświadczenia Gleya, na licznych bardzo królikach wykonane, przekonały, że usunięcie gruczołu tarczowego i »glandules« (gruczołków przytarczycowych) w przeważnej części przypadków wiedzie króliki najwyżej w 28 dniach do śmierci wśród objawów tężyczki, że zaś wycięcie samego gruczołu tarczowego i jednej tylko »glandule« wiedzie do charłactwa takiego, jakie widzimy po operacyi wycięcia gruczołu tarczowego samego.

Z tego wysnuł Gley wniosek, że gruczołki przytarczycowe pozostające mogą ratować życie królika, a to dzięki temu, że przedstawiają one zarodkową postać gruczołu tarczowego. Jeżeli gruczołki te przerosną po wycięciu gruczołu tarczowego, ratują one zwierzę od śmierci w objawach tężyczki, nie chronią go jednak od wystąpienia charłactwa.

Ponieważ Moussu zaprzeczył wynikom doświadczeń Gleya, Gley wykonał dalszy szereg doświadczeń na zwierzętach, które jako mięsożerne ulegały w doświadczeniach poprzednich autorów po wycięciu gruczołu tarczowego stale tężyczce, mianowicie na psach. Pozostawienie gruczołów przytarczycowych (»glandules«) z równoczesnem wycięciem u psów gruczołu tarczowego, ratowało zwierzęta od tężyczki, natomiast występowały u nich jako następstwo operacyi objawy charłactwa.

Te więc doświadczenia, przeprowadzone po raz pierwszy przez Gleya, zwróciły uwagę na znaczenie fizyologiczne gruczołów przytarczycowych. Powtórzono je następnie w licznych pracowniach, otrzymując wyniki, zgodne z doświadczeniami Gleya. Do tych, którzy doświadczenia Gleya z podobnym, jak on wynikiem wykonali, zaliczyć należy Hofmeistra, który dodatkowo stwierdził, że młode zwierzęta są o wiele czulsze na następstwa operacyi, niż zwierzęta starsze, Verstratena i Vanderlindena, Cadeaca i Guignarda, Capobianco, Walter Edmundsa, Palladina, Rouxeau (na 100 królikach), a wreszcie i Leśniowskiego.

Różnica w wynikach tych doświadczeń polegała jedynie na tłómaczeniu przypadków, w których pomimo wycięcia gruczołów przytarczycowych zwierzęta nie ginęły na tężyczkę, lecz wśród objawów charłactwa, jakoteż co do stwierdzenia faktu przemiany budowy gruczołków przytarczycowych w budowę gruczołu tarczowego.

Co do pierwszej okoliczności, t. j. braku objawów tężyczki mimo wycięcia gruczołu tarczowego i gruczołków przytarczycowych, to można to tłómaczyć albo powstaniem małych gruczołków przytarczycowych dodatkowych, lub też szybkiem wystąpieniem czynności gruczołów, mogących czynność gruczołu tarczowego i gruczołów przytarczycowych zastąpić, jak n. p. przysadki mózgowej.

Co do sprawy, czy pozostawiony gruczoł przytarczycowy ulega zmianie budowy na gruczoł tarczowy, to zdania znacznie się rozeszły. Verstraten i Vanderlinden stwierdzili po operacyi wycięcia gruczołu tarczowego naprzód przekrwienie, a potem przerost gruczołków przytarczycowych, podobnież Rouxeau stwierdził przerost gruczołków przytarczycowych. Walter Edmunds i Gley wspólnie z Nicolasem stwierdzili przerost gruczołków przytarczycowych, nie mogli jednak stwierdzić zmiany w budowie na budowę gruczołu tarczowego. Mimo to sądzą, że gruczoł ten, mikroskopowo niezmieniony, może objąć zastępczo czynność gruczołu przytarczycowego. Natomiast Svale Vincent i Jolly stwierdzili nietylko przerost gruczołków, ale i wybitną przemianę ich utkania w utkanie gruczołu tarczowego, t. j. wystąpienie pęcherzyków, a w nich koloidu.

Sprawa zdawała się więc w przeważnej części badań rozstrzygnięta na korzyść twierdzenia Gleya. Tymczasem między rokiem 1896, a 1899, podjęli szereg nowych doświadczeń Vassale i Generali. Operowali oni przeważnie psy, i to w odmienny sposób, niż to czynił Gley i jego następcy. W jednych doświadczeniach usuwali oni wszystkie 4 gruczołki przytarczycowe, a pozostawiali sam gruczoł tarczowy, w drugich pozostawiali wszystkie gruczoły przytarczycowe, a usuwali jedynie gruczoł tarczowy. Wyniki tych dwóch seryi doświadczeń dozwoliły tym autorom zmienić dotychczasowe pojęcie o stosunku gruczołu tarczowego do czynności gruczołów przytarczycowych; ich zdaniem dowodzą one, że czynności te są zupełnie odrębne. Ponieważ po wycięciu wszystkich gruczołów przytarczycowych następuje śmierć przy objawach tężyczki, a ta jest dowodem ogólnego samozatrucia ustroju, muszą w ustroju prawidłowym gruczoły te spełniać czynność zobojętniania tych toksyn. Brak ich zaś wywołuje intoksykacyę. Po wycięciu zaś gruczołów tarczowych nie następuje tężyczka, lecz powolne charłactwo. Sądzą więc oni, że gruczoł ten wpływa w jakiś sposób na ogólną przemianę materyi, brak jego czynności zaznacza się zaburzeniem przemiany materyi, a to objawia się wystąpieniem charłactwa. Istnieją więc w ustroju prawidłowym dwie zupełnie odrębne czynności: czynność gruczołów przytarczycowych i czynność gruczołu tarczowego.

Do tego sposobu zapatrywania przyłączył się Moussu, który przez długi czas był stanowczym przeciwnikiem twierdzenia Gleya; z późniejszych badaczy na tem stanowisku stanęli: Jeandelize, Pepere, Lusena, Pineles, Erdheim, Eiselsberg i inni. Zdaje się też, że i Gley skłonił się do zmiany swych zapatrywań pierwotnych w duchu twierdzeń, głoszonych przez Vasalego i Generaliego.

Doświadczenia Gleya i Vasalego i Generaliego powtarzali na psach, potwierdzając wyniki jednego i drugich, Quervain, Cadeac i Guignard, Capobianco, na kotach Pineles i Hagenbach, na małpach z mniej jednak pewnymi i stałymi wynikami Capobianco i Pineles, a wreszcie na szczurach Cristiani i Erdheim. Badania Erdheima podnieść należy z powodu ich wielkiej dokładności, gdyż operował on, wypalając igiełką, rozgrzaną prądem elektrycznym, gruczoły przytarczycowe, a wyniki operacyi kontrolował zawsze na seryach skrawków z okolicy operowanej. Te doświadczenia stwierdziły stałe występowanie tężyczki, o ile wszystkie gruczoły przytarczycowe były zniszczone.

Wykazały one dalej, że dodatkowe gruczoły przytarczycowe mogą znajdować się w szczycie grasicy, nieraz już poza mostkiem. O ile te dodatkowe gruczoły były dość duże, mogły one, obejmując czynność gruczołów operacyjnie usuniętych, uratować zwierzęta od objawów tężyczki. Przy długotrwałem charłactwie zauważył Erdheim zmiany nietylko na skórze i w uwłosieniu, ale i w wyrastaniu zębów, jakoteż widział rozwijanie się zaćmy. Podnosi więc, że zmiany przy charłactwie obejmują przedewszystkiem narządy pochodzenia ektodermalnego. Natomiast próby Cadeaca i Guignarda na baranach i koniach i Lanza na kozach nie dały wyraźnych wyników, co tłómaczyć można niedostateczną znajomością położenia gruczołów przytarczycowych u tych zwierząt.

Bardzo znaczna część autorów, powtarzając naprzód doświadczenia Gleya, a potem Vasalego i Generaliego, potwierdzała ich wyniki i wprowadzała wystąpienie tężyczki w zależność od braku gruczołów przytarczycowych; nie brakło jednak i na tem polu badaczy, którzy przeczyli znaczeniu, przypisywanemu gruczołom przytarczycowym. Tu zaliczyć należy przedewszystkiem Svale Vincenta i Jollyego. Operując na różnych zwierzętach, przekonali się oni wprawdzie, że u mięsożernych, n. p. u lisa, wycięcie gruczołów przytarczycowych jest stale śmiertelnem, a u nie mięsożernych zabieg ten przynajmniej u części zwierząt śmierć wywołuje, zestawiają jednak statystykę wspólną dla wszystkich zwierząt i stwierdzają, że znaczny procent nie ulega następstwom tej operacyi. Uważają też oni łączenie wystąpienia tężyczki z brakiem gruczołow przytarczycowych za jeszcze nieudowodnione, gdyż twierdzą, że przy tej operacyi zawsze ulega uszkodzeniu i sam gruczoł tarczowy, tak, że następstwa operacyi przypisać należy wspólnym zaburzeniom narządu, złożonego z gruczołów tarczowych i przytarczycowych, a nie tylko usunięciu jednej części tego narządu.

Tak samo przeciwni pierwotnemu twierdzeniu Gleya byli Blumenreich i Jacoby, którzy zmiany tężyczkowe w do-

świadczeniach swoich otrzymywali rzadko, a zmiany charłacze przypisywali innym okolicznościom, a nie operacyi.

Skrajnie przeczące stanowisko zajmuje Munk, który nietylko nie przypisuje żadnego znaczenia fizyologicznego gruczołom przytarczycowym, ale co więcej przeczy nawet, aby usunięcie gruczołu tarczowego miało jakieś znaczenie zasadnicze dla całości ustroju. Munk w tem zapatrywaniu swem jest jednak zupełnie odosobniony i zdaje się, że nie ma żadnych zwolenników.

Należy wreszcie rozpatrzyć, czy nie można u człowieka stwierdzić jakiegoś stosunku między czynnością gruczołów przytarczycowych, a tężyczką. Pod tym względem wiadomo, że po operacyi zupełnego usunięcia wola występują najczęściej objawy charłactwa, rzadko zaś objawy tężyczki i jedne jednak, tak jak i drugie opisano. Zwrócono przytem uwagę, że w klinice Kochera w Bernie częstszem następstwem usunięcia gruczołu tarczowego zwyrodniałego jest charłactwo, a w klinice Billrotha w Wiedniu stosunkowo częstszem jest wystąpienie tężyczki. Pineles zebrał przypadki, opisane w literaturze, w których po operacyi wola wystąpiła tężyczka i przekonał się, że o ile operowano płat środkowy gruczołu tarczowego, tężyczka nie występowała, natomiast zdarzała się tylko najczęściej w tych przypadkach, gdy operowano obustronnie płaty boczne. Sądzi też, że statystyka, przez niego zestawiona, dowodzi tego dobitnie, iż tężyczka występuje najczęściej wtedy, gdy operuje się w okolicach płatów bocznych, t. j. w sąsiedztwie gruczołów przytarczycowych, które skutkiem tego łatwo mogą uledz uszkodzeniu. Natomiast nie występuje ona, gdy się operuje części od gruczołów przytarczycowych dalekie. Leischnerowi udało się wytłómaczyć różnice wyników operacyi w klinice berneńskiej i wiedeńskiej. W Wiedniu przed wycięciem gruczołu tarczowego zwyrodniałego wypreparowują naprzód nerw krtaniowy dolny (nervus laryngeus inferior s. recurrens), a to w tym celu, aby go przy operacyi nie uszkodzić. W Bernie zaś operują bez tego przygotowania. Ponieważ oba gruczoły przytarczycowe leżą wzdłuż tego nerwu, przy preparowaniu jego oba są narażone na uszkodzenie. Tak więc prawdopodobieństwo uszkodzenia przy sposobie operowania, stosowanym w Wiedniu, jest większe, co też tłómaczy większą ilość przypadków tężyczki spostrzeganą w Wiedniu.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Hampeln. **O przednich liniach kierunkowych na klatce piersiowej.** (Deut. Archiv f. klin. Med. 1910. T. 98, Z. 4—6). Ponieważ linia sutkowa i linie przymostkowe są niestałe, poleca H. za Dietlenem i Treupelem linię mostkową środkową, jako linię kierunkową pionową, której się trzymać należy przy oznaczaniu granic narządów klatki piersiowej. Obok tego podaje linię poziomą, przechodzącą przez podstawę wyrostka mieczykowatego mostka, jako linię kierunkową dla oznaczania położenia końca serca. Latkowski.

L. Steffen. **O zachowaniu się krwi w gruźlicy płuc.** (Deut. Archiv f. klin. Med. 1910, T. 98, Z. 4—6). St. zwrócił w swych badaniach główną uwagę na zachowanie się limfocytów w przebiegu gruźlicy płuc. Krew badał w tym kierunku u większej ilości chorych w różnych okresach choroby. Wyniki dają się streścić w następujący sposób: Ilość hemoglobiny i krwinek czerwonych zachowuje się w toku gruźlicy płuc tak, jak u ludzi zdrowych, i tylko wyjątkowo zmniejsza się ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych u osób gruźliczych równocześnie bledniczych, lub w ostatnich okresach gruźlicy płuc. Rzecz ogólnie znana, że nawet w ciężkich stanach gruźlicy płuc krew może zawierać względnie znaczną ilość hemoglobiny. Ilość ciałek białych eozynochłonnych zwiększa się w lekkich stanach chorobowych, a zmniejsza w ciężkich. Ilość leukocytów jest wskaźnikiem dla zdolności odczynu ustroju na sprawę gruźlicy. Najważniejszym jest stosunek ilościowy neutrofilów do limfocytów. U chorych nie gorączkujących z przewlekłą gruźlicą płuc znajdował St. zwiększoną do podwójnej ilości ilość limfocytów, co tłómaczy tworzeniem się gruzełek bez większego odczynu. W stanach gorączkowych znajdował zwiększenie ilości leukocytów, w lżejszych stanach z przewagą limfocytów, — zwiększenie zaś ilości neutrofilów świadczy o wtórnych sprawach zapalnych. Im cięższą jest sprawa chorobowa, tem więcej znajdujemy neutrofilów. Wraz ze spadkiem gorączki w lekkich przypadkach zwiększa się ilość limfocytów, a zmniejsza ilość neutrofilów, tylko w ciężkich przypadkach pozostaje zwiększenie ilości neutrofilów. Autor podnosi ważność zwiększenia się ilości limfocytów dla rozpoznania rozpoczynającej się ukrytej i zamkniętej gruźlicy płuc. Jeśli niema limfocytozy, nie można rozpoznawać gruźlicy płuc początkowej. Obecność jednak limfocytozy nie dowodzi gruźlicy, ponieważ limfocytoza zdarza się także w kile, chorobie Basedowa, zapaleniu nerek, krztuścu i t. d. Nie można jednak rokować źle na podstawie stwierdzenia neutrofilowej leukocytozy ani ze zmniejszenia się ilości limfocytów, bo każdy przypadek gruźlicy zachowuje się inaczej pod względem prognostycznym.

Że ilość limfocytów zwiększa się w przebiegu różnych zmian gruźliczych, świadczą o tem spostrzeżenia także innych badaczy w przebiegu wysięków opłucnej, zapalenia opon mózgowych i t. p. Latkowski.

Wertheim-Salomonson. **Badanie tętnicy paznokciem.** (Deut. Archiv f. klin. Med. 1910, Z. 4—6). Autor zaleca badanie ściany tętnicy sprychowej paznokciem, zamiast opuszką palca, ponieważ paznokciem łatwiej się ograniczyć daje tętnica z obu stron, a do wyczuwania używa się czucia całego łożyska paznokciowego. W ten sposób daje się zawsze tętnica wyczuć tak u dziecka, jak i u dorosłego, i z łatwością można ocenić grubość jej ścian, jeśli tylko tętnica leży na twardej podstawie, jak n. p. tętnica promieniowa, skroniowa i t. p. Latkowski.

G. Herxheimer i H. Kohl. **Choroba Adamsa-Stokesa i pęczek przedsionkowo-komorowy.** (Deut Arch. f. klin. Med. 1910, T. 98, Z. 4—6). W spostrzeganym przez H. i K. przypadku występował objaw charakterystycznego rozdwojenia czynności komór i przedsionków tylko w początku choroby. Wtedy liczba skurczów przedsionków przewyższała liczbę skurczów komór 3 i 4-krotnie. W późniejszym przebiegu choroby akcya komór i przedsionków była równa. Badanie anatomiczne wykazało zwyrodnienie wiązki Hisa i świeże ognisko zwyrodnienia w nerwie błędnym lewym. Autorowie tłómaczą tą zmianą w nerwie błędnym spostrzegane zwolnienie tętna, pod koniec życia zauważone. Latkowski.

E. Masing i P. Morawitz. **Klimat wysokogórski i tworzenie się krwi.** (Deut. Archiv f. klin. Med. 1910, T. 98, Z. 4—6). Autorowie chcieli odpowiedzieć na pytanie, czy w klimacie wysokogórskim występuje rzeczywiste zwiększenie ilości krwi przez wzmożone tworzenie się krwi, czy też tylko względne zwiększenie ilości krwi w jednostce objętości. Użyli w tym celu metody oznaczania ilości zużytego przez krwinki czerwone O_2 i CO_2, gdyż ze zwiększonej wymiany gazowej krwi można wnosić o żywszej regeneracyi krwi. Badali krew swą w Heidelbergu (115 m) i w Col d'Olen na Monte Rosa po 10-dniowym pobycie, gdyż w tym czasie już powinny były zmiany we krwi wystąpić. Oznaczali zużycie O_2, ilość krwinek czerwonych i ilość hemoglobiny hemoglobinometrem Haldanea. Ilość hemoglobiny i krwinek w klimacie wysokogórskim wzrastała, zwiększonego zużycia tlenu przez krwinki nie udało się natomiast spostrzedz. Nie zaprzeczając więc, czy

się wogóle odradzanie się krwi odbywa, autorowie twierdzą, iż: 1) Krew zebrana jałowo zużywa w zwykłych warunkach małą ilość tlenu i zwykle stałą ilość. 2) Zużycie tlenu wzrasta po miernych upustach krwi w okresie zwiększonego odradzania się krwi. 3) Wzniesienie o 3000 m nie wywołuje w ciągu 10 dni zwiększonego zużycia tlenu. Prawdopodobnie wytwarzanie się krwi nie bywa przez takie wzniesienie więcej pobudzone, niż przez upust krwi 300—400 cm.

Latkowski.

Doc. H. Lüdke. **O otrzymywaniu i działaniu surowicy leczniczej przeciwdurowej.** (Deut. Archiv für klin. Med. 1910, T. 98, Z. 4—6). L. starał się od szeregu lat uzyskać surowicę, zobojętniającą możliwie najsilniejsze endotoksyny durowe, przez wstrzykiwanie kozom hodowli prątków durowych roztartych w ciepłocie — 190° C, lub strawionych metodą Gottsteina i Mathesa. Do uzyskanej w ten sposób surowicy dodawał pewną ilość surowicy, mającej własności bakteryolityczne. Po przeprowadzeniu doświadczeń na zwierzętach i przekonaniu się o skuteczności tej surowicy na zwierzętach, zastosował ją L. u 6 chorych. U wszystkich chorych nastąpiła poprawa ogólnego stanu i stopniowy spadek ciepłoty (per lysin), w 5 przypadkach zauważył nadto L. skrócenie przebiegu choroby. W 6. przypadku, bardzo ciężkim, nastąpił zapad, wywołany zatruciem endotoksynami po wstrzyknięciu surowicy. W kontrolnych przypadkach duru, leczonych czystą surowicą prawidłową, uzyskaną z kóz, lub surowicą działającą tylko bakteryolitycznie, wpływu leczniczego nie zauważono. Latkowski.

Hakon B. Christensen. **Osad moczu u ludzi, zajmujących się sportem i chorych na choroby nerek.** (Deut. Arch. f. klin. Med. 1910, T. 98, Z. 4—6). Badania osadu moczowego wykonywano po ćwiczeniach fizycznych u ludzi, zajmujących się sportem, jak szermierzy, atletów, bokserów, Vikingów i t. d. Osad barwiono krystalfioletem i sudanem. Prawie u wszystkich spostrzegał Ch. pojawianie się w moczu wałeczków, białka, ciałek krwi czerwonych, tłuszczu, po zmęczeniu wskutek ćwiczeń fizycznych. Pojawianie się tłuszczu w wałeczkach uważa autor za niekorzystne zjawisko w przebiegu chorób nerkowych. Zmiany spostrzegane w nerkach po tych sportach uważa autor za zaburzenia w krążeniu nerkowem.

Latkowski.

Neurologia i psychiatrya.

P. Merle i R. Weissenbach. **Ostre zapalenie wyściółki komór mózgowych.** (Presse méd. 1910, Nr 8). 4-miesięczną dziewczynkę przywieziono do szpitala z objawami ostrego zapalenia opon mózgowych, jednakże bez znacznego podniesienia ciepłoty. Od $1^1/_2$ miesiąca znacznie zwiększyła się głowa dziecka, co wskazywało na wodogłowie. W płynie mózgowo-rdzeniowym oprócz białych ciałek dużo dwoinek, barwiących się podług Grama. W piątym dniu pobytu w szpitalu dziecko zmarło; sekcya zwłok wykazała ostre zapalenie wyściółki komór mózgowych, opony zaś rdzeniowe ledwo były dotknięte. Obraz drobnowidowy nie pozostawiał wątpliwości co do rozpoznania.

J. Bednarz.

A. Stoffel. **O przeszczepianiu nerwów przy porażeniu wiotkiem.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 5). Autor podaje kilka przypadków rdzeniowych porażeń u dzieci, gdzie zastosowano przeszczepianie nerwu. W jednym przypadku n. p. obwodowy koniec nerwu oddzielono od długiej głowy mięśnia trójgłowego, a wszczepiono w mięsień naramienny, który był porażony i zaczął już zanikać. We wszystkich przypadkach osiągnął autor wyniki zadowalniające. J. Bednarz.

U. Cerletti. **W sprawie komórek prążkowatych** (Folia neuro-biol. 1910, T. III., Nr 7). Sprawa komórek prążkowatych (Stäbchenzellen) do ostatnich czasów nie została wyjaśniona. Gdy jedni uważają, że pochodzą one z gleju, inni twierdzą, iż są pochodzenia mezodermalnego. Dla wyświetlenia tej sprawy posługiwał się C. następującą metodą barwienia: barwił preparat w błękicie toluidynowym, rysował obraz drobnowidowy na papierze, szczególnie uwzględniając komórki prążkowate, odbarwiał preparat i na nowo go barwił mieszaniną Manna, lub też mieszaniną; »Resorcin-Fuksin-Toluidinblau«, która doskonale barwi naczynia krwionośne. Nowy obraz drobnowidowy porównywał z rysunkiem. Otóż okazało się, iż część komórek prążkowatych jest w bardzo ścisłym związku z błoną zewnętrzną lub też śródbłonkiem i nie jest niczem innem, jak tylko jądrami komórek śródbłonkowych, albo błony zewnętrznej. Na zasadzie swych badań twierdzi C., iż część komórek prążkowatych jest pochodzenia mezodermalnego, ponieważ należy do naczyń krwionośnych. J. Bednarz.

Hauptmann. **Odczyn biologiczny w płynie mózgowo-rdzeniowym przy organicznych chorobach nerwowych.** (Med. Klinik 1910, Nr 5). Organicznym chorobom nerwowym towarzyszy zwykle rozpad osłonek rdzeniowych, jakoteż włókien osiowych. Wychodząc z założenia, że produkta rozpadu substancyi nerwów muszą się znajdować w płynie mózgowo-rdzeniowym, zastosował H. do wykrycia tych produktów metodę biologiczną. Jednym z produktów rozpadu nerwów jest cholestearyna, która, jak wiadomo, powstrzymuje hemolityczne działanie saponiny na czerwone ciałka krwi zwierząt. Na tym fakcie oparł H. swoje bardzo złożone badania. Używał on saponiny Kahlbauma (1: 10.000) w dawkach 0·4—07, w każdym przypadku doświadczalnie określając dawkę, płynu mózgowo-rdzeniowego 0·8 i krwi (7·5%) 0·5. Materyał był dość obfity i dał następujące wyniki: 1) U 92 chorych bez organicznych porażeń układu nerwowego wynik był ujemny; 2) 26 chorych z wybroczynami w mózgu: 70% odczynów dodatnich; 3) 53 z wiądem rdzenia: 83% odczynów dodatnich; 4) 23 z kiłą mózgowo-rdzeniową: 65% odczynów dodatnich; 5) 15 ze stwardnieniem rozsianem: 46% odczynów dodatnich; 6) 12 padaczkowych: wynik ujemny; 7) 10 z guzami mózgu i rdzenia: — wszystkie dodatnie. Szereg doświadczeń kontrolujących potwierdził osiągnięte wyniki, z których H. wysnuwa wnioski następujące: 1) Przy pewnych chorobach nerwowych organicznych, połączonych z rozpadem tkanki nerwowej, zjawiają się w płynie mózgowo-rdzeniowym pewne ciała, które dają się wykryć przez to, iż powstrzymują hemolityczne działanie saponiny na krwinki człowieka. 2) Prawdopodobnie ciała te należą do grupy cholestearyny. 3) Należałoby jeszcze określać, o ile odczyn ten da się zastosować w praktyce.

Dr J. Bednarz.

Prace w zakresie zapalenia przednich rogów rdzenia (poliomyelitis anterior) **u małp.** (Flexner i Levis: Journ. Amer. Med. Assoc. 1909, 23. XI., 4. XII., 11. XII. Münch med. Wochs. 1910, Nr 2. Presse méd. 1910, Nr 6. Leiner i Wiesner. Wiener klin. Wochs. 1909, Nr 49. Prof. P. Römer. Münch. med. Wochs. 1909, Nr 49. 1910, Nr 5. Prof. Beneke. Münch. med. Wochs. 1910, Nr 4. Landsteiner i Levaditi. Soc. de Biol. Bel. 67, 1909, 27. XI. Levaditi. Presse méd. 1910, Nr 6). Od czasu, gdy Flexnerowi i Levisowi powiodło się doświadczalnie przez szczepienie wywołać zapalenie przednich rogów rdzenia u małp (w drugiej połowie 1909 r.), badania w tej dziedzinie szybko posuwają się naprzód. Badania Prof. Römera, Flexnera i Levisa stanowczo dowiodły, że żadne zwierzę oprócz małp nie jest wrażliwe na zarazek, wywołujący tę chorobę u dzieci. Morskie świnki, kozy, owce, psy, konie, woły, świnie, szczury i koty po niejednokrotnem wstrzyknięciu zawiesiny rdzeniowej pozostawały zupełnie zdrowe. Pierwsze próby polegały na wstrzykiwaniu płynu mózgowo-rdzeniowego chorych dzieci do kanału rdzeniowego i jamy otrzewnej małp, lecz były bezskuteczne. Dopiero gdy Landsteiner i Popper użyli do wstrzykiwań zamiast płynu mózgowo-rdzeniowego zawiesiny samego mózgu, można było stwierdzić u małp zmiany w prze-

dnich rogach, podobne do tych, które powstają przy porażeniu rdzeniowem u dzieci. Jednakże zrazu nie udawało się zapomocą mózgu zakażonej małpy wywołać żadnej choroby po wstrzyknięciu go innym małpom. Późniejsze próby Flexnera i Levisa wypadły pomyślniej: mózg chorych małp, wstrzyknięty w postaci zawiesiny w fizyologicznym rozczynie soli innym małpom, wywoływał u nich zapalenie przednich rogów rdzenia. Do wstrzykiwań używano 5% zawiesiny w rozczynie fizyologicznym (Römer) lub samego mózgu roztartego bez wszelkich domieszek (Flexner i Levis), przyczem Römer dla większej pewności radził wstrzykiwać 0·5 ctm³ wewnątrz mózgowo i jednocześnie 5 ctm³ do otrzewnej. Wogóle małpy są dość na ten jad czułe; jednakże w kilku przypadkach wstrzykiwania nie odniosły żadnego skutku. Leiner i Wiesner przypuszczają, że zależało to od wieku małp i ich odporności indywidualnej. Römer zaś tłómaczy te niepowodzenia ilością jadu, a mianowicie wywodzi on, że trudno odróżnić makroskopowo części mózgu więcej zmienione od mniej zmienionych, więc przypadkowo można wziąść część mózgu mniej zmienioną, zawierającą mniej jadu, wskutek czego skutek będzie słabszy, lub wcale go nie będzie. Na dowód tego przytacza Römer przypadki, w których pierwsze wstrzyknięcie nie wywołało skutku, a dopiero powtórne wstrzyknięcie silnych dawek powodowało chorobę. Flexner i Levis otrzymali dodatnie wyniki przy wstrzykiwaniu roztartego mózgu pod skórę, do nerwu kulszowego, oraz do żył. W jednem doświadczeniu wstrzyknięto małpie mózg pod skórę. Następnie po śmierci małpy kawałek skóry z miejsca wstrzyknięcia, oraz najbliższy gruczoł chłonny i mózg roztarto, każde oddzielnie, i wstrzyknięto trzem małpom. Okazało się, że gruczoł chłonny i mózg zawierały jad, bo wywołały porażenie rdzeniowe u 2 małp; — zawiesina ze skóry dała wynik ujemny.

Ani Römer, ani Leiner i Wiesner nie znaleźli jadu we krwi, w śledzionie, płynie rdzeniowym, gruczole przyusznym i w trzustce.

Pod względem klinicznym objawy choroby u małp są podobne do objawów choroby u dzieci. Okres zwiastunowy trwa od 7 do 17 dni, obraz drobnowidowy rdzenia mało różni się od tegoż obrazu u dzieci, a nawet, jak podkreśla Prof. Beneke, bywa wybitniejszy, niż u dzieci. Prof. Beneke twierdzi, że jad pierwotnie uszkadza ściany naczyń, następnie tkankę śródmiąższową, a później miąższ (komórki nerwowe); uważa on, iż zapalenie przednich rogów u dzieci jest sprawą śródmiąższową. W śledzionie stwierdził Beneke bardzo głębokie zmiany ciałek Malpighiego. Prof. Römer twierdzi, że małpy, które raz przebyły chorobę, są odporne na ten jad, najwcześniej jednak po 24—30 dniach od początku choroby. Jeżeli przed upływem tego terminu wstrzyknąć małpie po raz drugi mózg zakażony, objawy potęgują się i zejście jest bezwarunkowo śmiertelne. Jad widocznie działa zbiorowo (kumulatywnie). Tego samego zdania są Flexner i Levis. Przy najskrupulatniejszych poszukiwaniach ani w preparatach z rdzenia, ani w płynie mózgowordzeniowym nie zdołano znaleść żadnych drobnoustrojów, któreby mogły być uważane za przyczynę choroby. Płyn otrzymany przy filtrowaniu przez sączek Berkefelda, ma te same własności, co zawiesina mózgu. Przy zachowaniu wszelkich ostrożności co do aseptyki, zawiesina nie traci swoich własności chorobotwórczych w ciągu dni 50, o ile jest przechowana w ciepłocie + 4° C, a w ciągu 40 dni przy ciepłocie — 4° C. Zmieszana z gliceryną może być zawiesina przechowywana w ciągu tygodnia, z bulionem zaś w ciągu 15 dni przy ciepł. + 38° C. Levaditi twierdzi, że w bulionie z płynem przesiękowym po zaszczepieniu odsączu udało mu się przy pomocy metody Löfflera wykryć ciałka okrągławe, czasem owalne, grupujące się parami lub kupkami, bardzo małe. Farby anilinowe nie barwią ich wyraźnie. Fuksyna rozcieńczona przy długiem działaniu nadaje ciałkom kolor blado-różowy, lub też, nie barwiąc samych ciałek, otacza je czerwonawym paskiem. Podług Giemsy ciałka barwią się na kolor blado-niebieski.

Dr J. Bednarz.

Higiena.

G. Stein. **Konserwy jarzynowe zaprawione miedzią i oznaczanie w nich zawartości miedzi.** (Zeits. f. Unters. d. Nahrungs- und Genussmittel 1909, Tom 18). Przy barwieniu jarzyn miedzią rolę główną odgrywa połączenie jej z filocyaniną; połączenia z leguminą — leguminaty — tworzą się dopiero później przy nadmiernem zaprawianiu miedzią. Dodatkiem starannym zostaje całkowita ilość miedzi dodanej związana, płyn zaś, w którym mieszczą się konserwy, może być prawie wolny od miedzi. G. omawia barwienie miedzią ze stanowiska higienicznego, oraz ze stanowiska technicznego. Z uwagi, że ilości Cu, o które idzie, są bardzo małe — posiada sposób poboru prób, do badania przeznaczonych, przygotowanie do analizy i sposób postępowania przy oznaczaniu miedzi bardzo ważne znaczenie dla osiągnięcia dobrego wyniku. Na 10 badanych przez S. konserw zawierało 8 ponad 55 mg miedzi w 1 kg konserw (75—101 mg). Do badania użył S. 100—200 gr konserw, opłukanych wodą, przez co ilości podane odnoszą się do właściwej masy konserw; w płynie znalazł autor miedzi 0,0004—0,002%. Przy ustawowem uregulowaniu sprawy barwienia konserw miedzią należy podać dokładnie, czy dopuszczona ilość miedzi odnosi się do właściwej masy konserw, czy też do równoczesnej zawartości jej i w płynie okalającym konserwy.

Stwierdzić obecność miedzi w konserwie można łatwo przez włożenie świeżo wypolerowanej blachy żelaznej do konserwy, zakwaszonej 25% kwasem solnym; przy większej zawartości miedzi wydzieli się przy ciepłocie 50—60° miedź na blasze już w ciągu 1 godziny. Do ilościowego oznaczania miedzi nadaje się badzo dobrze metoda elektrolityczna, którą autor w 2 odmianach opisuje. Obie odmiany dają zgodne ze sobą wyniki, natomiast metoda Brebeka w formie zmienionej przez Graffa łatwo bywa źródłem błędów.

L. Bier.

M. Fritsche. **Farby do barwienia masła, zawierające oleje mineralne.** (Zeits. f. Unters. d. Nahrungs- und Genussmittel 1909, Tom 17). Głównym składnikiem obu farb był olej mineralny, zielonawo fluoryzujący, o zapachu nafty, c. g. 0,9045 przy 15° C. punkcie wrzenia 360° C. W barwiku pierwszym było go 60% obok 2% barwika, resztę stanowił olej łogowy (sezamowy), barwik drugi zawierał go w ilości 53% obok oliwy z kukurydzy. L. Bier.

Marsh Pitzman. **Własności odkażające sublimatu i azotanu srebrowego wobec płynów, zawierających białko.** (Hygien. Rundschau 1909, Z. 12). Sublimat i azotan srebrowy w obecności płynów, zawierających białko, łączą się z niem w pewnych stałych stosunkach. Utworzony związek białka i rtęci nie posiada własności odkażających wobec zwykłych zarazków ropnych. Celem uzyskania odkażenia w płynie, zawierającym białko, należy tyle dodać doń sublimatu, by starczyło go nietylko do związania białka, lecz również do odkażenia. Wiele połączeń białka ze srebrem posiada sole srebrowe w nadmiarze; nie posiadają one jednak co do własności odkażających właściwości korzystniejszych, aniżeli też same sole srebrowe, nie zawierające białka.

L. Bier.

E. Küster. **Morbicid, nowy przetwór mydlany z formaldehydem.** (Hyg. Rundschau 1909, Z. 16). Morbicid jest przetworem specyalnie złożonego mydła z 12,5% wag. formaldehydu. Własności jego bakteryobójcze — jak wynika z doświadczeń K. — są w stosunku do zawartości w nim aldehydu mrówkowego 3 razy większe, niż rozczynu wodnego aldehydu (formaliny) przy równej zawartości odsetkowej ciała działającego. Własności te wzrastają bardzo wybitnie przy ogrzaniu zawierającego go płynu do 40° C. W rozczynie 2—4% łączy morbicid silną własność odka-

żającą formaliny ze słabem działaniem żrącem i przyjemnym zapachem lizoformu — może być przeto polecony jako środek zastępczy za oba te środki przy leczeniu ran.

L. Bier.

W. Lange. **Zawartość kwasu siarkawego w żelatynie handlowej.** (Arbeit. a. d. kais. Gesundheitsamte 1909, T. 32). Mimo obfitego zastosowania żelatyny przy wyrobie produktów spożywczych, wiadomo bardzo mało o zawartości kwasu siarkawego w tym produkcie. Metoda, podana w rozporządzeniu wykonawczem do niemieckiej ustawy o nadzorze nad produktami mięsnymi, okazała się dla stwierdzenia obecności kwasu siarkawego dobrą. Ilościowo można SO_2 oznaczyć w czystej żelatynie metodą jodową, gdyż jod w rozczynie, użytym do miareczkowania i w czasie potrzebnym do jego wykonania, nie działa na żelatynę czystą; w żelatynach handlowych, zawierających w ogromnej większości prawie zawsze SO_2, daje jednak metoda jodowa wyniki zanadto wysokie. Dla dokładnego oznaczenia SO_2 w żelatynie zalewa się 10—20 gr żelatyny 500 cm wody celem rozpęcznienia jej w ciągu 15 minut, rozpuszcza przez powolne ogrzewanie, dodaje następnie celem powstrzymania pienienia 2—3 gr kwasu garbnikowego, wypędza powietrze strumieniem kwasu węglowego z kolby i chłodnicy i przekrapla się, dodawszy 20 cm kwasu fosforowego, wprowadzając zwolna CO_2 200—250 cm^3 do naczynia, zawierającego rozczyn jodu.

Według doświadczeń L. używają fabryki przy wyrobie żelatyny zdaje się prawie ogólnie kwasu siarkawego. Z badanych żelatyn 69% zawierało do 0,125%—31% ponad 0,125% SO; ilości najwyższe wynosiły 0,216, 0,219, 0,247, 0,371, 0,467%. Doświadczenia autora nad zachowaniem się żelatyny wobec gazowego SO_2 stwierdziły, że żelatyna sucha może wchłonąć wielką ilość tegoż gazu, żelatyna napęczniała znacznie mniej. Żelatyna siarkowana nie oddaje gazu ani do powietrza suchego, ani do nasyconego parą wodną, nie zmienia się również w niej samej zawartość kwasu wskutek utlenienia na H_2SO_4. Krótkie gotowanie żelatyny, rozpuszczonej w wodzie, nie uwalnia jej od tego kwasu; moczenie żelatyny w wodzie czyni to bardzo wydatnie, zwłaszcza, jeżeli przed moczeniem w wodzie przechowano żelatynę przez $1/2$ godziny w 1% kwasie solnym.

L. Bier.

Uhlenhuth i Xylander. **Badania nad antyforminem, środkiem odkażającym, rozpuszczającym bakterye.** (Arb. a. d. k. Gesundheitsamte 1909, T. 32). Autorowie uzupełniają dawniejszy komunikat swój o antyforminie, podając doświadczenia z nim wykonane. Własności jego rozpuszczające wobec ciał organicznych, śluzu, kału, plwociny, uwydatniają się szczególnie wobec ciał rogowych i chitynowych — skóry, włosów, wełny, ciała owadów; własność ta nie objawia się wobec bawełny i lnu. Antyformin rozpuszcza wszystkie bakterye i mikroby z wyjątkiem laseczników gruźliczych i innych bakteryi kwasoodpornych, przez co i jego własności bakteryobójcze wobec zarazków bakteryjnych — z wyłączeniem gruźliczych, wąglikowych i innych zarodnikujących — znanych i oku naszemu dotychczas niedostępnych (zaraza świń, ospa), są zupełnie pewne. Antyformin niszczy trucizny bakteryjne i zwierzęce w czasie krótkim, posiada wybitne własności odwaniające i przechowuje się łatwo bez zmiany. Do użytku praktycznego nadaje się środek ten tam, gdzie idzie o rozpuszczenie ciał organicznych, o oczyszczenie przedmiotów z zawartego na nich brudu lub zapachu nieprzyjemnego przy równoczesnem odkażeniu. Należy jednak pamiętać, że przy obecności ciał białkowych własności odkażające antyforminu maleją, zaś na niektóre z nich działa on bardzo energicznie (farby). Przy odkażaniu mieszanin kału i moczu dodatek antyforminu należy tak zastosować, by mieszanina zawierała około 15% antyforminu. Wobec ciał o silnym odczynie zasadowym należy po całkowitem rozpuszczeniu grudek kału dodać kwasu solnego celem uwolnienia związanego chloru. Do odkażania antyforminem nadają się prócz wydalin zakaźnych ludzkich i zwierzęcych wody użytkowe, woda z kąpieli, naczynia, używane przy chorych i t. p. — wydaliny ludzkie, szczególnie cuchnące. Nadaje się on również do pomnożenia bakteryi gruźliczych i trądu przy poszukiwaniu ich mikroskopowem, jak również przy robieniu hodowli gruźliczych wprost z plwociny, nadto zaś i do techniki mikroskopowej z powodu swych własności wyjaśniających.

L. Bier.

W. Kuntze. **Badania nad mlekiem sfermentowanem. Kefir.** (Centralbl. f. Bacteriol. 1909, Ab. 2, T. 24). Fermentacya kefirowa jest sprawą złożoną. Początkowo występuje fermentacya masłowa, której pełnemu rozwojowi przeszkadzają drożdże. Obok fermentacyi drożdżowej rozwija się równocześnie fermentacya mleczna. Rozwój wskutek konkurencyi, wywołanej przez inne dronoustroje fermentacyjne, jest jednak znacznie wolniejszy, niż w kulturze czystej. W kefirze starym dominuje fermentacya masłowa.

L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych za rok 1909.

Odbyto posiedzeń sześć.

I. Odczyty.

1) Sawicki: **O pielęgnowaniu chorych.**

2) Turzański: **O działaniu środków leczniczych w Iwoniczu.**

3) Fechter: **W sprawie leczenia zgorzeli kończyn.**

4) C. k. lekarz pułkowy Sikorski: **O wartości rozpoznawczej i leczniczej nowszych surowic.**

5) Puzon: **O krętkach bladych Schaudinna**, z demonstracyami drobnowidowemi.

6) Fechter: **O leczeniu spraw i zakażeń ropnych.**

II. Demonstracye.

1) Kol. Rossberger przedstawił dziewczynkę, u której górny kieł mocno wystający, zapomocą korony osadzonej na zębie dolnym przeciwnym przesunął do rzędu innych zębów.

2) Kol. Fechter przedstawia 10-letnią dziewczynkę **z wielopalcowością** (poly- et syndactylia) na obu rękach i stopach; matka chorej posiada także tę wadę wrodzoną.

3) Kol. Fechter przedstawił **ozdrowieńców po zabiegach chirurgicznych**, wykonanych w szpitalu: *a)* chorego po trepanacyi zatoki czołowej (otok ropny) sposobem Kuntha, *b)* 2 chorych ze żylakami kędzierzastymi kończyn dolnych: 1. leczony przez wyłuszczenie żyły odpiszczelowej podskórnej po podwiązaniu (Trendelenburg-Casali), 2. leczony po podwiązaniu żyły wstrzykiwaniami śródżylnemi 5% kwasu karbolowego według Tavela; *c)* chorego, u którego wyłuszczono ogromnych rozmiarów puchlinę kaletki przedrzepkowej (hygroma praepatellare ingens); *d)* chorego, u którego podokostnie usunięto wyrośl kostną, otoczoną torebką na nasadzie kości (exostosis cartilaginea bursata femoris); *e)* chorego z promienicą twarzy, szyi i żuchwy, leczonego operacyjnie, przytem jodkiem potasu wewnętrznie i co kilka dni wstrzykiwaniami jodypiny; znaczne polepszenie; *f)* chorego, któremu cały nabój śrutu wszedł w kończynę górną lewą wzdłuż rowka mięśnia dwugłowego (sulcus bicipitalis) i w przegub łokciowy; obrzęk kończyny; w przegubie łokciowym guz; brak tętna na kości sprychowej (arteria radialis); wyjęcie śrutów, podwiązanie tętnicy sprychowej w miejscu obrażenia (1 śrut tkwił w tętnicy, zamykając światło); *g)* chorego z raną postrzałową poniżej

więzadła Pouparta lewego w lacuna vasorum; kończyna obrzmiała; palce i dolna $^1/_3$ goleni zimna; rozszerzenie rany, podwiązanie tętnicy udowej wysoko tuż nad miejscem uszkodzenia; boczne zeszycie żyły udowej katgutem; tamponada. W ranie znaleziono kawałek patronu wojskowego, który przeciął tętnicę, a żyłę udową skaleczył. Mimo podwiązania tętnicy udowej w miejscu obrażenia powyżej odejścia tętnicy okalającej udo, wytworzyło się krążenie uboczne, tak, że wysokie odjęcie kończyny poniżej kolana mogło nastąpić w linii demarkacyjnej; *h)* chłopaka, który wskutek przejechania doznał zmiażdżenia czaszki (kość czołowa i skroniowa lewa); porażenie języka, połykania, mowy, lewej kończyny górnej; trepanacya na przestrzeni dłoni dorosłego mężczyzny; podwiązanie tętnicy oponowej; wycięcie zmiażdżonych części mózgu z kawałkami włosów i czapki; sączki; powoli objawy ustępowały, a w 12 tygodni po obrażeniu chory opuścił szpital uleczony z nieznacznem upośledzeniem inteligencyi i smętnawym wyrazem twarzy; *i)* 6-letniego chłopaka, u którego wskutek kopnięcia konia nastąpiło zniszczenie dolnej środkowej części kości czołowej, zatok kości sitowych, nosowych, tak, że widać podstawę czaszki, siodło i 2 półkole mózgu, pokryte oponą twardą; trepanacya, sączkowanie — wyleczenie; *j)* chorą po wyjęciu macicy przez laparotomię sposobem Olshausena z powodu raka trzonu; *k)* chorą, u której wyjęto torbiel skórzastą jajnika prawego 3-krotnie około szypuły skręconego, z następowemi zmianami odżywczemi; na ścianach torbieli objawy zastoju żylnego; wolny płyn w jamie brzusznej; peritonitis adhaesiva recens; ileus paralyticus, ciepłota wyżej 39°; *l)* chorą, u której drogą laparotomii wyjęto torbielak brodawkowaty jajnika prawego ogromnych rozmiarów, pęknięty do jamy otrzewnej z następowem zapaleniem otrzewnej; *m)* chorego, 67 lat liczącego, z przepukliną pachwinową lewostronną uwięźniętą; zawartość worka przepuklinowego tworzyła kątnica z wyrostkiem robaczkowym i pętlą jelita cienkiego; *n)* 2 kobiety po wyłuszczeniu macicy przez laparotomię z powodu całkowitego pęknięcia śród porodu (obie wieloródki); trzecia leczona zachowawczo po rozwiązaniu drogami naturalnemi zmarła. We wszystkich tych 3 przypadkach pęknięcie przedniej ściany macicy.

4) Kol. Fechter przedstawił i omówił **preparaty anatomiczne**: 1. Preparat jelita (8-letni chłopak), przepuklina prawostronna urazowa uwięźnięta (od 3 dni); treść worka: jelito ślepe z wyrostkiem robaczkowym (wyrostek $19^1/_2$ cm długi); zgorzel wstępująca (gangraena retrograda) pętli odprowadzającej jelita cienkiego w jamie brzusznej. Resectio intestini; drainage cavi peritonei; exitus. 2. Wyrostek robaczkowy (ropniak [empyema] wyrostka) z następowym ropniem miednicy małej i z tyłu za kątnicą ku nerce i wątrobie; chory przed 2 laty miał przejść napad kolki wyrostkowej, od tego czasu miał być zdrowym. Chory po 6 tygodniach po zabiegu zakończył życie na ropnicę. 3. Preparat macicy, pękniętej śród porodu, uzyskany przez laparotomię: Wieloródka; 5 porodów rzekomo prawidłowych; wezwany lekarz odsyła do szpitala. Bezwzględne ścieśnienie miednicy; wyrośl kostna na kości krzyżowej; pęknięcie macicy boczne w prawem przymaciczu; wolny płyn w jamie brzusznej; objawy posocznicy. Rozwiązanie drogami naturalnemi niemożliwe. Laparotomia, wycięcie macicy przez laparotomię: drenowanie przez pochwę; zejście śmiertelne.

Sekretarz: Dr Puzon.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 1. marca 1910.

1) Anastazy Landau przedstawił: 1) przypadek **zakrzepu tętnicy bezimiennej** u 48-letniego mężczyzny, 2) **krzywe sfigmograficzne**, zdjęte z żył szyjnych, z wątroby, serca i tętnicy promieniowej w przypadku niedomykalności i zwężenia lewego ujścia żylnego, oraz niedomykalności zastawki trójdzielnej, w którym rozpoznanie kliniczne potwierdzone zostało przez badanie sekcyjne.

2) Janowski pokazał kilka normalnych **krzywych żylnych**, zdjętych w tempie powolnem i w szybkiem, objaśnił znaczenie ich poszczególnych zębów, zgodnie z nowszemi badaniami szkoły Heringa.

3) Bełkowski przedstawił **preparaty** makroskopowe i mikroskopowe z **rdzenia** kręgowego i z rdzenia przedłużonego wraz z częścią mostu, pochodzące z 12-letniego chłopca, zmarłego wskutek **promienicy opon mózgowych** na oddziale Dra Chełchowskiego. W przypadku tym zmiany, opisane w siodle tureckiem i sąsiedztwie, wskazywałyby, że promienica dostała się do jamy czaszkowej przez drogi nosowe. Szerzenie się promienicy tą drogą na opony i mózg jest prawie nieuwzględnione w piśmiennictwie.

4) Kazimierz Rzętkowski wygłosił referat: **O współczesnym stanie elektrokardyografii.** Po wyjaśnieniu zasady galwanometru Einthovena, opisał R. dokładnie ten przyrząd. Następnie przedstawił w zarysie technikę zdejmowania elektrokardyogramu, sposoby łączenia galwanometru z ludźmi i psami, a nadto uwydatnił trudności manipulowania przyrządem, oraz źródła błędów. Z kolei przedstawił typową krzywą elektrokardyograficzną na epidiaskopie, wyjaśnił znaczenie jej załamków, oraz wpływ na normalny elektrokardyogram takich czynników, jak oddechu wzmożonego, przyspieszonej czynności serca, podrażnień nerwu błędnego, dużego upustu krwi, uśpienia chloroformowego. Następnie omówił prelegent zmiany elektrokardyogramu w takich sprawach, jak zwężenie lewego ujścia żylnego z porażeniem przedsionków, t. zw. »Herzblock«, »extrasystolae«, »pulsus irregularis perpetuus«, »hemisystolia«, wady aorty, niedomykalność zastawki dwudzielnej. W końcu podkreślił wielkie znaczenie elektrokardyografii, jako ścisłej metody badania zmian czynnościowych mięśnia sercowego.

Dyskusya: Prof. Napoleon Cybulski zaznaczył, że od 3 lat zajmuje się elektrokardyografią. Choć dopiero 6 lat upłynęło, jak Einthoven podał swój przyrząd, istnieje już dość znaczna w tej sprawie literatura. Większość jednak badaczy stara się zastosować ten przyrząd do celów praktycznych wtedy, kiedy sam przyrząd dotychczas jeszcze nie jest dokładnie zbadany, kiedy nie ujawniono jeszcze wszystkich jego zalet i wad. Następnie przedstawił Prof. Cybulski własne krzywe izolowanego serca żaby, psa, krzywe zdjęte u ludzi zdrowych i chorych. Dotychczas nie można sobie jeszcze zdać sprawy, jaki pożytek przyniesie przyrząd Einthovena. Badania własne przekonały mówcę, że zjawisk elektrycznych, które obserwujemy, używając przyrządu Einthovena, nie można wytłómaczyć obecnie istniejącemi teoryami elektryczności.

Janowski zaznacza, że podstawy fizyologiczne krzywej elektrokardyograficznej nie są dostatecznie znane. Podkreśla, że nie jest nawet wiadomo, co w tych krzywych zależy od pracy prawej i lewej komory serca, a co od włókien poprzecznych i podłużnych. J. sądzi, że elektrokardyografia może oddać specyalne usługi dla nauki przy stosowaniu jej jednocześnie z przedmiotowem zapisywaniem tonów, oraz z ezofagografią, której dalszy rozwój zależy od skombinowania jej z obu wymienionemi metodami. W końcu pokazał J. tony serca, zdjęte przez samego Weissa jego metodą. Robi to w celu dania możności porównania ich z tonami, otrzymanymi metodą Einthovena.

3) Karwacki w imieniu własnem i Szokalskiego wypowiedział rzecz: **O rozmieszczeniu krętków Obermayera w ustroju zarażonej pijawki.** Badania nad pijawkami wykazały, że przeważna część krętków opuszcza przewód kiszkowy i osiedla się w tkance łącznej dookoła narządów wewnętrznych: ovaria, testes, nephridia, gdzie wytwarzają niekiedy olbrzymie sploty. Spotyka się krętki i w mięśniach; wolna jest od nich skóra.

Tadeusz Wilczyński.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z d. 7 stycznia 1910.

1) Dr Kroll zawiadamia, że u chorego, przedstawionego na ostatniem zebraniu z naroślą nad okiem, wykonał nakłucie, które nie wykazało ropy. Ponieważ ciepłota wynosi 37·2⁰, przeto nie może zachodzić tu stan zapalny. Prawdopodobnie chodzi o nowotwór z jamy ocznej wychodzący.

2) Dr Mieczkowski przedstawia 70-letniego chorego, u którego operował **tłuszczaka** na plecach. Tłuszczak rósł przez 45 lat, aż nareszcie owrzodział i należało go usunąć. Ze względu na wiek chorego użył M. znieczulenia miejscowego i spotrzebował 0·3 nowokainy z adrenaliną. Operacya trwała $^3/_4$ godziny.

W dyskusyi wspomina Dr Kroll, że po 0·04 kokainy spostrzegał zapad. — Dr Falgowski zapytuje, czemu nie użyto skopolaminy-morfiny, którą uważa właśnie u starców za odpowiednią. — Dr Dembiński zaznacza, że nowokaina na błony śluzowe nie działa; tam należy używać alypiny. Skłonność do zatruć jest bardzo indywidualna.— Dr Dziembowski przypisuje wielką rolę wpływom psychicznym przy zapadach po kokainie. Sam stosował duże dawki 20% rozczynu bez złych skutków. — Dr Gantkowski zwraca uwagę na różnicę między stosowaniem wewnętrznem, a podskórnem. U pewnego kokainisty wystarczyła maleńka dawka, wstrzyknięta według Obersta, by wywołać znieczulenie. — Dr Kroll nie był zadowolony z uśpienia skopolamino-morfinowego; zaznacza, że chirurdzy porzucają je obecnie dla zbyt silnego podniecenia i napięcia mięśni. — Radca Dr Chłapowski zwraca uwagę, że środki trujące, zażyte wewnętrznie, przechodzą przez wątrobę, która zawiera odtrutkę. W Peruwii od dawnych wieków stosują ludzie kokainę (liście koka), jako środek podniecający. — Dr Łazarewicz przypomina, że nowokaina jest 10 razy mniej trująca, niż kokaina. Przy krwawej operacyi dużo odcieka z krwią, część też powstrzymuje od wessania adrenalina. U starszych osób nie można stosować skopolaminy-morfiny samej; jeśli stosować, to w połączeniu ze znieczuleniem lędźwiowem. — Dr Karwowski zapytuje, czemu zachodziła u operowanego obawa zapalenia płuc (na co odpowiada Dr Mieczkowski, że wskutek rany na plecach chory słabiej oddycha, co może usposobić do zapalenia płuc). Dalej podnosi różnice w działaniu nowokainy, alypiny i stowainy. Po stowainie zauważył K. kilka razy bolesność następczą i zapalenia ran. — Dr Falgowski na zarzuty przeciw skopolaminie odpowiada, że Krönig wywołuje zapomocą niej uśpienie kilka godzin naprzód i indywidualizuje ściśle. Po znieczuleniu lędźwiowem bywały wypadki obłędu. — Dr Kapuściński wspomina o przypadku tłuszczaka, wielkości poduszki. — Wreszcie Dr Mieczkowski zaznacza, że Jonescu na Zjeździe chirurgów w Brukseli przedstawiał swój sposób wysokiego znieczulania rdzenia przy operacyi gruczolaków szyjnych. Nastąpił tak silny zapad, że nie można było rękoczynu dokończyć. Garrè i Kocher nie używają zupełnie znieczulenia. Jedyny Kader każdą operacyę wykonuje w znieczuleniu lędźwiowem. Co do skopolaminy-morfiny, to mowca używa jej przed zwykłem uśpieniem u młodszych. Kümmel z zasady (prócz u starszych) przed operacyą podaje 5 decymiligramów skopolaminy-morfiny.

Zebranie z d. 21. stycznia 1910.

1) Radca Dr Chłapowski przedstawia 27-letnią **karlicę**, idyotyczną. Wyraźny prognatyzm, znamienne zagłębienie nosa, wypadnięcie odbytu; pierwsza regularność (bardzo silna) pół roku temu.

W dyskusyi Dr Mieczkowski wspomina o doświadczeniach Kochera, który wszył dziecku do jamy brzusznej kawałek matczynego gruczołu tarczowego. Dziecko przyszło do siebie, ale wytworzyła się narośl. — Dr Dziembowski wspomina o własnym przypadku choroby Basedowa, w którym Kocher także proponował wszycie gruczołu tarczowatego innej osoby, na co jednak się nie zgodzono.

2) Dr Mieczkowski przedstawia chorą z ogromnym guzem dolnej szczęki, istniejącym od lat czterech. Może to być torbielak, włókniak, albo nabłoniak (epithelioma adamantinum). Kość się rozrasta razem z guzem. M. zamierza wykonać operacyę i w danym razie plastykę z kości piszczelowej.

3) Dr Karwowski przedstawia rzadką postać **lichen atrophicus annularis** u mężczyzny na rękach i nogach i omawia historyczny rozwój podziału różnych postaci liszaja, oraz budowę drobnowidową. K. stosuje maść Unny, arszenik wewnętrznie i z jednej strony naświetlania rentgenowskie, po których w kilku przypadkach widział bardzo dobre wyniki.

4) Radca Dr Chłapowski: **O znaczeniu wapnia i magnu w krzepnięciu krwi** (część I). Nagła fabrykacya nowych, skomplikowanych leków sprawiła, że najprostsze leki nie są dostatecznie zbadane co do swych nieraz nadzwyczaj ważnych własności. Mówca omawia nowe teorye co do istoty krzepnięcia krwi, wspomina o trombinie, trombokinazie i t. d. Istnieje antagonizm między wapnem, a magnem. Chł. stosował przy krwotokach mleczan wapniowy i magnowy.

Dr Zakrzewski prosi, żeby prelegent dla lepszego zrozumienia nowych teoryi na przyszłem zebraniu podał tablice.

5) Wreszcie omawiano sprawę Walnego Zebrania »Towarzystwa stanowego lekarzy«. Dr Adam Karwowski.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Opracował **Dr. E. Stahr.**

(Ciąg dalszy).

13) E. v. Neusser (Wiedeń): **O rozpoznawaniu »Status thymico-lymphaticus«**. N. zwraca uwagę na niektóre dotąd mało znane objawy tej sprawy, którą A. Paltauf ochrzcił mianem konstytucyi »limfatyczno-bledniczej«; potem mówi N. szczegółowo o wynikach badań anatomicznych, wykonanych w zakładzie Weichselbauma, szczególnie przez Bartelsa, który wyróżnia okres przerostowy i zanikowy, jakoteż o spostrzeżeniach Kyrlea na jądrach, Hermanna na jajnikach i Wiesela na tętnicach. N. zwraca uwagę, że pojęcia: Status thymicus, lymphaticus i hypoplasticus nie pokrywają się w zupełności, że jednakże mają tyle punktów stycznych, iż klinicznie mogą być traktowane z jednego punktu widzenia. Na podstawie kilku historyi chorób wywodzi N., jak się sprawę tę rozpoznaje, a szczególniejszą zwraca uwagę, na 2 chorych, którzy dożyli lat 60 mimo przebycia duru i czerwonki, a z drugiej strony na takie przypadki, gdzie młodzi ludzie, tą nieprawidłowością dotknięci, nagle ginęli, zapadłszy na stosunkowo lekkie choroby, jak żółtaczka nieżytowa lub plamica krwotoczna. — Dalej zastanawia się N. nad związkiem sprawy tej ze złośliwą niedokrwistością i białaczką limfatyczną, chorobą Basedowa i Addisona. Aby rozpoznać sprawę, trzeba chorego zbadać bardzo szczegółowo, nie pomijając najdrobniejszych szczegółów, pozornie bez znaczenia, jak wzrost olbrzymi, wzrost wysoki, wązka budowa ciała, powiększenie poprzecznego wymiaru miednicy u mężczyzn, niezrośnięcie się nasad kostnych, u mężczyzn kobiecy typ uwłosienia, gynekomastia i inne objawy, które tłómaczymy niedokształtem narządu rodnego.

Przypuszczenie »stanu limfatycznego« budzić mogą późno zjawiająca się u kobiet regularność, niedokształt macicy, ogólne jednomierne ściśnienie miednicy, niektóre kontrasty w budowie ciała u niewiast, dalej pewne objawy ze strony

narządu krążenia i nerek, objawy przerostu lub guza mózgowia, wodogłowie, szczątkowe objawy choroby Basedowa, młodzieńcze zmięknienie kości, zbiór objawów Stokes-Adamsa u osobników młodych, niektóre postacie polyserositis i zwyrodnienia włóknistego wątroby i wreszcie obrzęk śledziony, równoczesny ze zmianami w migdałkach i mieszkach językowych. W końcu zwraca N. uwagę, że znacznie łatwiej rozpoznawać sprawę anatomowi na stole sekcyjnym, niż klinicyście, ograniczonemu do objawów, nie bardzo wpadających w oczy.

W dyskusyi nad wykładami Ebsteina i Neussera zaznacza Lenhartz (Hamburg), że spostrzegał około 12 przypadków ostrej białaczki, z tego raz w jednym tygodniu przypadków 5, a więc częste i równoznaczne zjawianie się tej choroby, jak to bywa w chorobach zakaźnych. Chorzy ci przysłani zostali przez dentystę, do którego zgłosili się z ciężkiem zapaleniem jamy ustnej. Badanie bakteryologiczne krwi zawsze z wynikiem ujemnym. Sprawy ostre trwały najdłużej 13 dni, sprawy podostre $^1/_4$ roku.

14) Brauer (Magdeburg): **Zrosty osierdziowe, ich rozpoznanie i leczenie.** Wykład szczegółowy, połączony z demonstracyą preparatów i 2 chorych. Obraz choroby przeróżny, zależnie od wielorakiej przypadkowości w tworzeniu się zrostów. Zrostom towarzyszy często zwyrodnienie włókniste mięśnia sercowego, co ze swej strony wpływa na rokowanie i leczenie. Zrosty szerokie mogą serce obejmować jakby w klamry i utrudniać rozkurcz. One głównie są przyczyną pozornego włóknistego zwyrodnienia wątroby Picka. Zabieg zwany »cardiolysis» zarówno na te zrosty, jak i na mięsień sercowy zmieniony nie ma żadnego wpływu, natomiast skutecznie pomaga tam, gdzie do klatki piersiowej przyrośnięte osierdzie wśród każdego skurczu musi pociągać do wnętrza kości klatki piersiowej (skurczowe tamowanie ruchów serca). Zabieg, sam przez się nie niebezpieczny, oddaje na użytek ogólnego krwiobiegu tę siłę, która się zużywała dotąd bez pożytku na poruszanie klatki piersiowej. Stąd wynika, jak ściśle ograniczone jest wskazanie do zabiegu. Spostrzeganie chorych ponad wszelką wątpliwość dowiodło skuteczności zabiegu, której się po nim spodziewano z teoretycznego punktu widzenia. (Wykład uzupełniają krzywe tętna i rentgenogramy).

Dyskusya: Lenhartz przekonał się w 3 przypadkach, że po resekcyi żeber skrzepiło się serce, ale przemijająco. Wenckebach (Groningen) podnosi, że im wcześniej rozpoznaje się zrosty osierdziowe, tem lepsze są widoki zabiegu. W. zwraca uwagę, że zrosty osierdziowe utrudniają nietylko krążenie, ale i oddychanie, mianowicie przeponowe. Zabieg zatem ułatwia i oddychanie. Pick (Praga) upatruje w wynikach operacyi Brauerowskiej potwierdzenie swych zapatrywań na powstawanie pozornego włóknistego zwyrodnienia wątroby, skoro po uwolnieniu serca ze zrostów ustępuje powiększenie wątroby. W ciężkich przypadkach powinno się nadto wykonywać operacyę Talmy, aby zwalczać bujanie tkanki łącznej w wątrobie. Brauer w odpowiedzi Lenhartzowi, (który nie zapoznając wielkiej doniosłości kardyolizy zwracał uwagę, że i poddawanie ma wpływ na poprawę stanu ogólnego chorych), podkreśla natychmiastową poprawę tętna po operacyi, zdolność podejmowania dalekich podróży lub wykonywania ciężkiej pracy, jako dowód poprawy przedmiotowej u chorych, skazanych poprzednio na bezwzględny spokój.

15. K. v. Noorden (Wiedeń) **O otyłości.** Przedmiotem wykładu i dyskusyi była etyologia otyłości. N. postawił następujące zasady: 1) W przewadze przypadków spotykamy »otyłość tuczną« (Mastfettsucht) w dwóch odmianach a) otyłość z nadmiernego odżywiania się i b) otyłość z lenistwa. Często łączą się obie odmiany. Etyologia tej otyłości jest jasna. 2) Znacznie trudniej wytłomaczyć owe przypadki, w których nie uda się stwierdzić ani nadmiernego odżywiania się, ani braku pracy fizycznej, a gdzie mimo to otyłość ustawicznie się zwiększa (t. zw. otyłość konstytucyonalna). Na podstawie długoletnich doświadczeń i roztrząsań wolno nam uważać za pewnik, że w tych przypadkach upośledzona bywa energia utleniania ustroju. A czynnik ten pozostaje w ścisłej zależności od gruczołu tarczowego. I dlatego nazywa N. umyślnie wszystkie postacie otyłości konstytucyonalnej »otyłością pochodzenia tarczowego« (thyreogene Fettsucht), a dzieli je, jak następuje: a) Pierwotna otyłość pochodzenia tarczowego, polegająca na samoistnych zmianach gr. tarczowego, jak zanik, zwyrodnienie, osłabienie czynnościowe itp. b) Wtórna otyłość pochodzenia tarczowego, w której nieprawidłowości w czynnościach gruczołu tarczowego wywołują zmiany w innych narządach, jak w trzustce, przysadce mózgowej, nadnerczu, grasicy, w ciele szyszkowatem (gland. pinealis), w gruczołach płciowych, a może i w innych narządach (t. z. wzajemny związek chemiczny przez teoretyczne wydzielanie wewnętrzne). Sprawy te mają nietylko znaczenie teoretyczne, ale i doniosłość leczniczą.

16. M. Labbé (Paryż) **Zasady leczenia otyłości.** Skłonność stanowi w dziedziczności otyłości czynnik drugorzędny; wielką wagę mają jedynie rodzinne czy osobnicze nawyknienia w nadmiernem żywieniu się i lenistwie. Leczenie zatem uwzględnia te dwa punkty i dlatego radzić należy pożywiać się często, ale skąpo i to minimalnemi ilościami tłuszczu i węglowodanów. Białka należy podawać najwyżej 1—1$^1/_2$ gr. na kilogram wagi ciała chorego, soli 1—4 gr. Nie potrzeba ograniczać napojów. Dla wzmożenia wytwarzania kaloryi poleca L. zimne kąpiele, parnie i natryski. Leki, szczególnie tyreoidyna, która niszczy białko ustrojowe, są szkodliwe.

17. Bourget (Lozanna): **Kliniczne wyniki leczenia surowicą, a w szczególności surowicą przeciwbłoniczą.** B. występuje gwałtownie przeciw modnej seroterapii, a nawet przeciw surowicy Behringa, która nie chroni przed pobłoniczemi schorzeniami i nie chroni, jego zdaniem, przed zakażeniem wogóle.

18. Maragliano (Genua): **Wpływ przeziębienia w patogenezie zakażenia dwoinkami zapalenia płuc.** Przeziębienie ułatwia wybuch i rozwój zakażenia dwoinkami u nieodpornych zwierząt, obniża odporność czynną, a nie bierną, a działa najprawdopodobniej drogą zaburzenia krążenia i drogą chemiczną.

19. G Királyfi (Peszt): **O działaniu zakażenia dwoinkami zapalenia płuc na serce.** Dwoinka zapalenia płuc działa wybiórczo na serce. Najczęściej stwierdzał autor zmiany u nasady zastawek półksiężycowych.

20. H. Huchard (Paryż): **Cardio-sclérose, artério-sclérose du coeur.** Na podstawie dzisiejszych wiadomości nie możemy całkiem dokładnie nakreślić anatomicznego tła tej sprawy. Różnica da się pociągnąć pomiędzy właściwą miażdżycą (atheroma), chorobą starców, a stwardnieniem tętnic (arteriosclerosis), napotykanem między 30. a 60. rokiem życia. Właściwa »miażdżyca« nagabuje przeważnie naczynia poza narządami, zaś »stwardnienie tętnic« naczynia trzew. Pojęcie »fibrosis arterio-capillaris« Gulla i Suttona nie jest ściśle ograniczone. Istnieje »stwardnienie tętnic« o typie, cechującym się od początku stwardnieniem tętnicy głównej, które mimo zajęcia małych i najmniejszych naczyń zajmuje od samego początku także i tętnicę główną i różne zastawki sercowe. Z różnych punktów widzenia ważne jest odróżnianie schorzeń zastawek sercowych pochodzenia śródsierdziowego od schorzeń sercowo-naczyniowych pochodzenia naczyniowego. Najważniejsze przyczyny schorzeń sercowo-naczyniowych są następujące: dna i zmiany nerek, zatrucie ołowiem, kiła, nieodpowiednia dyeta, tytoń i zmęczenie umysłowe. Kardyoskleroza przechodzi klinicznie 4 okresy: naczyniowy (praesclerosis), sercowo-naczyniowy, tętniczo-zastawkowy (mitro-arterielle) i rozszerzenia serca. Trzy rodzaje objawów (toksyczne, naczyniowo-sercowe, nerkowe) wymagają swoistego leczenia. Objawy toksyczne zajmują najważniejsze miejsce. »Miażdżyca« może być długi czas chorobą anatomiczną bez objawów klinicznych. W toku

każdego stwardnienia naczyń trzeba objawy czynnościowe dokładnie porównywać z danemi fizycznemi. Niedomoga nerkowa jest wczesnym i stałym objawem naczyniowego schorzenia serca, nawet bez białkomoczu, ułatwia zatrzymywanie się istot trujących i wzmaga parcie tętnicze. Dlatego ważnem jest leczenie nerek w tej sprawie. Kardyoskleroza może rozpoczynać się klinicznie od nerki, od serca, albo i innego narządu. Nie ma stwardnienia tętnic bez zajęcia naczyń lub nerek.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie stosunku Izb lekarskich do organizacyi i w sprawie ubezpieczenia społecznego odbędzie się wspólne posiedzenie Wydziałów obu Izb galicyjskich z udziałem delegatów »Krajowego Związku lekarzy« we Lwowie d. 24. IV. 1910. R.

Do Krajowego Związku lekarzy przystąpili: z Krakowa Dr Arnold Bannet, Dr Gustaw Bielański, Dr Bernard Engländer, Dr Maryan Godlewski, Dr Helena Kleinmanówna, Dr Gustaw Praetzel, Dr Helena Sikorska, Dr Wiktor Stankiewicz, Dr Stanisław Szurek, Dr Bruno Wojciechowski; z Ciężkowic Dr Ludwik Eisen; z Niepołomic Dr Tadeusz Majewski; z Czernichowa Dr Gustaw Malinowski; z Mikołajowa n. Dniestrem Leon Wehrn. W.

Ankieta w sprawie szkół wydziałowych żeńskich, którą zwołała Krajowa Rada szkolna, a w której z lekarzy uczestniczył Doc. Dr E. Piasecki ze Lwowa, oświadczyła się za wprowadzeniem w szkołach wydziałowych obowiązkowej nauki gimnastyki, oraz gier ruchowych. R.

Kary sądowe za przekroczenia sanitarne. Z powodu ogłoszonego przez nas wypadku zasądzenia ojca rodziny za przekroczenie przepisów sanitarnych przy płonicy zamieścił »Naprzód« z 14. IV. b. r. następujące uwagi, pochodzące z kół prawniczych: »Sędzia stosować miał §§ 315 i 431 u. k. Słusznem jest, aby w drodze ustawowej unormowano kary sądowe za przekraczanie przepisów sanitarnych, atoli to jest przecież rzeczą znaną, że dotąd niestety nie wydano ustawy sanitarnej, któraby upoważniała sędziego karnego do wymierzania jakichkolwiek kar sądowych. (Jedyny wyjątek stanowi dżuma). Zasadą prawną jest: »nulla poena sine lege poenali«. Wprawdzie rząd wniósł w listopadzie 1908 do Izby panów projekt ustawy dla zapobiegania chorobom zakaźnym, atoli dotąd ten projekt nie stał się ustawą. Ustawa zaś sanitarna państwowa z r. 1870, ani też późniejsze ustawy sanitarne krajowe nie normują kar sądowych. Wskutek tego właśnie panuje ta anomalia, że władze sanitarne są nieraz bezradne wobec złej woli lub nierozsądku ludności. Również na mocy rozporządzeń sanitarnych sędzia karny nie może wymierzać kar; niektóre z tych rozporządzeń ministerstwa dają tylko prawo karania władzom administracyjnym w myśl rozporządzeń z r. 1857. O ile więc za złośliwe zdarcie, lub uszkodzenie papieru, obejmującego ogłoszenie urzędowe o wybuchłej w danem mieszkaniu chorobie zaraźliwej, możnaby przy uwzględnieniu treści i podpisu (pieczęci) tego ogłoszenia wymierzyć karę sądową po myśli § 315 u. k., to stosowanie kary sądowej z kauczukowego § 431 za przedwczesną desynfekcyę (każdemu zresztą wolno sobie desynfekcyonować mieszkanie własne, kiedy i ile razy chce), za wprowadzanie nieostrożne obcych i t. d., jest niedopuszczalne. Szkoda, że niema tu kary sądowej zagrożonej; atoli dopóki takiej ustawy niema, nie można niestety kary sądowej wymierzać. Nikomu dotąd na myśl jeszcze nie przyszło karać sądownie np. suchotnika za niebezpieczne dla otoczenia spluwanie, lub ojca, który dziecka swego nie szczepi przeciw ospie itd. Starajmy się więc o nową ustawę, a nie ogłaszajmy wypadków polegających na mylnej interpretacyi prawa. Stanowisko prawne: »po co nam nowa ustawa, skoro mamy § 431 u. k.« jest widocznie chybione«.

Nie wchodzimy w ściśle prawniczą stronę rzeczy, a najzupełniej godzimy się na zapatrywanie, że należy koniecznie starać się o wprowadzenie w życie nowej ustawy, jasno i ściśle określającej karygodność przekroczeń sanitarnych. Dopóki jednak tej ustawy nie mamy, byłoby rzeczą ze wszech miar pożądaną, aby na zasadzie innych istniejących ustaw zwalczać, gdzie można, takie przekroczenia. Dlatego też podaliśmy do wiadomości autentyczny fakt zasądzenia, przy którem, być może, co do § 431 krytyka ze stanowiska prawniczego jest uzasadniona, ale co do § 315 u. k. sam autor artykułu w »Naprzodzie« przyznaje możliwość jego zastosowania. R.

W sprawie uczęszczania do szkół dzieci, cierpiących na jaglicę, orzekł komitet Najwyższej Rady Zdrowia w Wiedniu, co następuje: 1) Wszystkie dzieci, cierpiące wogóle na wydzielinę z ócz, nie powinny uczęszczać do szkoły aż do czasu wyzdrowienia, względnie ustania wydzieliny, o czem orzeka lekarz rządowy, o ile możności okulista. 2) Dzieci chore powinny być co najmniej raz na miesiąc badane dla stwierdzenia, czy jaglica ich nie przeszła w postać, łatwo się udzielić mogącą. 3) Nauczyciele powinni ciągle nakłaniać rodziców, by dzieci były regularnie leczone. 4) Dzieci chore na jaglicę powinny w szkole siedzieć w osobnych ławkach, a nauczyciele powinni uważać, by się z innemi dziećmi nie stykały i odpowiednio inne dzieci pouczyć. X.

Częstość cukrzycy w różnych wielkich miastach świata. Statystyki dowodzą, że od jakich 100 lat śmiertelność z cukrzycy w krajach cywilizowanych gwałtownie wzrosła. Zdaje się, że idzie w parze ze śmiertelnością z raka, chociaż między temi obiema sprawami nie ma żadnego bliższego związku. Wedle danych, zebranych w Anglii przez Wiliamsona, średnia roczna śmiertelność wynosiła w okresie od 1850 do 1860 około 454; w okresie od 1860 do 1868 wzrasta liczba ta do 628; później rośnie z roku na rok: 1.057 w r. 1868, 1773 w r. 1888, 2.585 w r. 1898 i osiąga w r. 1908 liczbę 3.360. Ludność pomnożyła się o około 100%, śmiertelność zaś z cukrzycy wzrosła o 700%. Porównując różne kraje, przekonał się Wiliamson, że jednakże w Anglii śmiertelność z cukrzycy jest mniejsza jeszcze, niż w innych krajach. I tak, gdy w Londynie wynosi ona 8·3 na 100.000 mieszkańców; 6·6 w Manchester, 12·7 w Edymburgu, 7·1 w Glasgowie, 3—4 w Dublinie, podnosi się w Chrystyanii i Sztokholmie na 12, tak samo w Amsterdamie i Budapeszcie, 11 w Madrycie, 16 w Kopenhadze; 14 w Brukseli, 15 w Monachium, 17 w Paryżu, 20 w Berlinie, 25 w Bordeaux. Jeszcze wyższa śmiertelność jest wedle tegoż autora w Ameryce: 17 w Nowym Jorku i Waszyngtonie, 18 w Bostonie, 20 w San Francisko, 27 w Worcester, 26 w Syrakuzach (Stany Zjednoczone). Przeciwnie nizkie liczby okazuje statystyka z Neapolu i Sycylii, a bardzo nizkie statystyka z Jamajki. E. Stahr.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. IV. do 16. IV. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Barysz 7, Kujdanów 1), Grybów (Izby 2, Piorunka 1), Jarosław (Radymno 1), Lisko (Hoszowczyk 1), Lwów pow. (Zaszków 1), Nadwórna (Wołosów 8, Kamienna 2), Peczeniżyn (Ruszor ad Kosmacz 1), Podhajce (Wiśniowczyk 2), Rawa (Ulicko zarębane 3, Radruż 2), Skałat (Kaczanówka 1, Hlibów 5), Śniatyn (Wołczkowce 5), Tłumacz (Olesza 6). Zborów (Kudobińce 10, Kabarowce 1); ospy pow. Rzeszów (Tyczyn 1).

Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. IV. do 16. IV. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † — (w tem obcych 4 † —), krztuśca 4, płonicy 11 † — (1 † —), odry 1, duru brzusznego 7 † 1 (2 † 1), cholery 3 † 3, gorączki połogowej 3 † 1 (2 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 20. IV. 1910 posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił przypadek wyłuszczenia krtani z powodu raka i operowany przypadek padaczki Jacksona, poczem Dr Frączkiewicz miał wykład p. t. »Dalsze badania nad ksantotropiną (gryseryną) w leczeniu gruźlicy«.

Warszawa. Ministeryum spraw wewn. zatwierdziło projekt budowy nowego zakładu położniczego. Do komitetu wykonaw-

czego powołał magistrat z grona lekarzy Prof. Dra Kosińskiego, Dra Zaborowskiego i inspektora lekarskiego. Koszta pokryte będą z zapisu p. Goldstanda (35.000 rb.) i z funduszów miejskich (45.000 rb.).

— Ordynatorem oddziału chirurgicznego szpitala Dz. Jezus mianowany został Dr Franciszek Kijewski.

— Wystawę »Czystość to zdrowie«, otwarto w d. 17. IV. b. r. Obejmuje ona działy: »Brak czystości, to choroby« (Dr Serkowski i Żurakowski), »Czystość osobista«, »Czystość w szkole« (Dr Krysiński, Tow. Urania i in.), »Czystość w ochronie«, »Czystość w życiu dziecka« (Dr Roszkowski i Bączkiewicz), »Czystość kuchni«, »Czystość ulic« i t. p. Na wystawie odbędzie się szereg wykładów popularnych z zakresu higieny. Prezesem komitetu wystawy jest Prof. Dr Kosiński; urządzeniem działu dydaktycznego zajął się głównie Dr Józef Zawadzki.

— Zdrojowisko Kissingen, jak donosi »Medycyna i Kronika lekarska«, rozesłało lekarzom warszawskim broszury w języku rosyjskim, chociaż dotąd zdrojowiska przysyłały przeważnie prospekta polskie Nie zachęci to chyba kolegów do popierania Kissingen! X

Z różnych stron. Katedrę chorób wewnętrznych w wojskowej Akademii lekarskiej w Petersburgu po śmierci S. Botkina objął profesor chorób zakaźnych i bakteryologii N. I. Czystowicz.

— Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu otrzymał w darze po ś. p. Doktorze Kaczenowskim z Połtawy bibliotekę, składającą się przeważnie z pism peryodycznych w językach niemieckim i francuskim.

— Dr E. F. Fronczak został wybrany naczelnym lekarzem (komisarzem zdrowia) miasta Buffalo w Stanach Zjednoczonych. Po raz pierwszy wysoki ten i odpowiedzialny urząd sanitarny oddano Polakowi. (Buffalo jest jednem z największych »polskich« miast w Ameryce; liczy ono około 300.000 mieszkańców, z czego $^1/_3$ stanowi ludność polska).

Mianowani: okulista Doc. Herzog w Berlinie profesorem.

Zmarli:

Dr Antoni Elsenberg,

ordynator oddziału dermatologicznego szpitala izraelickiego w Warszawie; kierując oddziałem przez lat 26, pracował gorliwie na polu naukowem, ogłosił liczne prace i wykształcił szereg dzielnych specyalistów; zmarł w 58 r. ż.

Dr Bazyli Łada, b. lekarz powiatowy w Siedlcach, radca stanu, w 69 r. ż. w Krakowie; Dr Roman Morozewicz, zasłużony pracownik na polu społecznem, z duru plamistego w 48 r. ż. w Lubartowie; Dr Bronisław Ciunkiewicz w 64 r. ż. w Skarżysku.

Redakcya otrzymała: Wład. Sterling: O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu. Warszawa 1910. Cena 1 rb. — Skalski: Alkoholizm i sprawa robotnicza. Wydanie II. Łódź. Nakładem oddziału łódzkiego Tow. hig. warsz. 1910. Cena 10 groszy. — Eijkman: L'internationalisme médical. Amsterdam 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. (Monachium, J. F. Lehmann. 1910. Zeszyt IV, za kwiecień. Cena 2 mk., za cały rok 16 mk.). Czwarty zeszyt pomysłowego tego wydawnictwa poświęcono chorobom skórnym i wenerycznym, oraz chorobom dróg moczowych. W pierwszym dziale znajdujemy pracę Prof. Neissera i Dra Sieberta p. t. »Wyniki nowszych badań kiły i ich znaczenie dla praktyki lekarskiej«. Zebrano w niej krótko wiadomości o krętku bladym, dotychczasowe wyniki szczepień na zwierzętach i omówiono serodyagnostykę kiły. W dziale drugim pisze Prof. Klemperer: »O postępach w leczeniu białkomoczu i zapalenia nerek«.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W Bibliotece medyków (Coll. Nowodw.) odbędą się: 26. IV. 1910 o godz. 7 wieczór pogadanka Prof. Ciechanowskiego p. t.: »Zwyrodnienie w świetle higieny społecznej«, a za staraniem komisyi ankietowej Biblioteki w sobotę 30. IV. i w poniedziałek 2. V. 1910 (w sali Kopernika w Collegium novum) o godz. 7. wieczór odczyty Dra Landau, asystenta kliniki neurol., p. t. »Życie płciowe człowieka, a jego układ nerwowy«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Bernatzika maść formaldehydowa, środek niezawodny przeciw nadmiernemu poceniu się nóg i rąk, wypróbowany klinicznie i w praktyce. Zarazem zapobiega on zaziębieniu. Zasługuje na polecenie. Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Ll. W.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

HUNYADI JÁNOS

GORZKA WODA NATURALNA

NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY

ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE

do kąpieli. 222

SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg. | ŁUG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Syrup Valeriano-Bromatus, comp. „Jahr"

smaczny i lekkostrawny. 215 b

Najlepszy sposób podania soli bromowych, waleryanowych, fosforowych i wyciągu z orzechów Kola w postaci syrupu. Przykry smak waleryany w zupełności pokryty.

Wskazania: przy nerwowości, osłabieniu, neurastenii, histeryi, padaczce, pląsawicy, zamroczeniach epileptycznych.

Dawkowanie: Dorosłym 1 — 3 łyżeczek dziennie po jedzeniu z wodą lub mlekiem. — Dzieciom poniżej 10 lat pół dawki.

Cena: $^1/_1$ flaszka Kor. 3·80. $^1/_2$ flaszki Kor. 2.

Rp. Syrup Valeriano Bromat. comp. „Jahr" lag. orig.

Wyrób i główny skład w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.

Składy prawie we wszystkich aptekach.

Xeroform

zupełnie nietrujący proszek do posypywania ran. 2 e

Niedrażniący, daje się wyjaławiać, wysuszający, silny środek odwaniający, o wielkiej sile tworzącej naskórek. Zmniejsza twozenie się wydzielin z rany i zmniejsza przez to niebezpieczeństwo zakażenia. Nadaje się szczególnie do **opatrunku suchego**. Rzadka zmiana opatrunku. Środek swoisty przy **sączących wypryskach, wrzodzie goleni, ranach z oparzenia.**

Novargan

Z powodu braku działania drażniącego nawet silniejszych roztworów nadaje się szczególnie do leczenia **ostrego wiewióra**

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden

Stettler'a kołaczyki kefirowo-fermentowe.

Do najtańszego sporządzania dobrego kefiru nadają się najlepiej prawdziwe rosyjskie

Stettler'a kołaczyki kefirowo-fermentowe.

1 pudełko, na 72 lt. kefiru wystarczające, K. 2·50. Dla zakładów leczniczych kołaczyki także w opakowaniu luźnem po 1000.

Dokładne prospekty i próbki lekarzom bezpłatnie z zastępstwa jeneralnego: 270

Dr FRIED. HERZIG, Wien, IX, Liechtensteinstr. 87.

FABR. CHEM. HELFENBERG, A-G.,
dawniej Eugen Dieterich w Helfenberg (Sachsen)

Alcuentum hydrargyri 33,3% (100 *g*. Oryg. K. 2·—); Kalii jodati 10% (100 *g*. Oryg. K. 2·90); salicylatum 30% (100 *g*. Oryg. K. 1·60); rozpuszczalne we wodzie maści wyskokowe do „skróconych", „czystych" wcierek.

Liquor ferro-mangani peptonati Helfenberg (500 *g*. Oryg. K. 3·—); saccharati Helfenberg (500 *g*. Oryg. K. 3·—) peptonati bez wyskoku „Blutan" 350 *g*. Oryg. K. 2·—) 3 razy dziennie 1 łyżkę stołową; najłatwiej strawne przetwory żelaziste dzisiejszej doby.

Regulin (50 *g*. Oryg. K. 1·60, 100 *g*. Oryg. K. 3·—) 1 łyżeczka kawowa do 2 łyżek stołowych zamieszane z pianą; naturalny środek do regulowania stolca.

Valofin (30 *g*. Oryg. K. 1·50) kilka razy dziennie 15—20 kropel, smaczny, nieograniczenie trwały przetwór waleryanowy z miętą.

Marka Kremel:

Allergin do rozpoznawczego udowodnienia gruźlicy.

Jałowe podskórne **Injekcye** marka Kremel w szczególnie ukształtowanych, praktycznych fiolkach szklanych.

Filia na Austro-Węgry. 91

A. KREMEL, Adlerapotheke Wiedeń XIV/1. Märzstrasse 49.

Sławne na cały świat źródła:

VICHY

Własność francuskiego Państwa.

Administracya:

Paryż, 24 Boulevard des Capucines 24.

Polecane przez pierwsze powagi lekarskie:

Celestins: w chorobach nerek, cierpieniach dróg moczowych, w dnie i cukrzycy.

Grande-Grille: w kolkach wątrobnych i kamykach żółciowych, w zastojach w zakresie organów jamy brzusznej.

Hôpital: we wszystkich niestrawnościach.

Przetwory: sole do kąpieli i picia, pastylki

87

Składy we wszystkich składach wód mineralnych i aptekach.

Prawdziwe tylko wtedy, jeśli kapsle i etykiety noszą firmę źródła.

Należy zawsze podawać dokładnie nazwę żądanego zdroju.

Fersan (Jolles).

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).

ŻELAZO! FOSFOR! zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.	Kołaczyki fersanowe.
Kołaczyki czekoladowo-jodowo-fersanowe dla dzieci (w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).	Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych (w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk).
D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.	D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazania.

Nowość! 41

Pastylki-bromowe-fersanowe

Panom Lekarzom piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Fersan-Werk, Wien IX.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski.** Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 13.

Marienbad.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".

POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ POD ZŁOTĄ GWIAZDĄ

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ"
PIOTRA MIKOLASCHA

wyrabia: **WE LWOWIE** wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie. O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca ustalonej sławy WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy. 210

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajow. i zagranicznych



JÓZEF GORECKI

PREMIOWANA FABRYKA 229

SIATEK, MEBLI, KONSTRUKCYI ŻELAZNYCH I WYROBÓW ORNAMENTALNYCH KUTYCH

W KRAKOWIE, UL. ŚW. WAWRZYŃCA L. 26.

Poleca się do wykonania po najtańszych cenach: Wszelkich siatek maszynowych i ręcznych, służących do ogrodzeń, ochron raf, betonów, materyałów sprężynowych i t. p. Mebli żelaznych i mosiężnych tanich i wykwintnych do urządzeń lekarskich, szpitali, klinik, internatów i ogrodów. — Konstrukcyi dachów, schodów żelaznych w różnych systemach, pawilonów, werand, markiz, okien, bram i portali. — Wyrobów artystycznych z żelaza, miedzi i bronzu kutych, jak wszelkich krat, balustrat, balkonów, ogrodzeń, krzyży, wieńców i kwiatów, świeczników, latarń i kandelabrów i t. p. — Drut kolczasty i wzdętochrony do ratowania bydła.

Magazyn własny we fabryce przy ulicy św. Wawrzyńca Nr 26.

Adres listów i telegramów wyraźnie:

JÓZEF GORECKI KRAKÓW. — Telefon Nr 277.

IWONICZ

ZAKŁAD ZDROJOWO KAPIELOWY I KLIMATYCZNY (STACYA KOLEJOWA IWONICZ W GALICYI).

NAJSILNIEJSZA SZCZAWA SŁONO-JODOWA BROMOWA. 321

Od dawna stwierdzona jej skuteczność we wszystkich postaciach zołzów (scrofuloza) w chorobach kości, jamy nosowej, uszu, skóry i wogóle we wszystkich chorobach wymagających przyspieszenia odnowy materyi. Leczenie ortopedyczne i masażowe. Inhalatorya systemu »Waldenburga« i systemu »Clara«. Kąpiele w gorącem powietrzu systemu »Polana«, tudzież sztuczne kąpiele gazowe.

Lekarze zakładowi: Docent Dr Antoni Gabryszewski ze Lwowa i Dr Grzegorz Turzański z Jarosławia tudzież 6 lekarzy wolno praktykujących.

W sezonie I od 15 maja do 20 czerwca i III od 20 sierpnia do końca września mieszkania znacznie tańsze. Uwolnienia do taksy na podstawie świadectw ubóstwa udziela się tylko w I i III sezonie.

Urządzenie zakładu wzorowe, oświetlenie elektryczne, wodociągi, kaplica zakładowa, w której odprawia się codziennia Msza św. Zamówienia na mieszkanie, wodę mineralną, sól, ług i muł przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela:

DYREKCYA ZAKŁADU ZDROJOWO-KĄPIELOWEGO W IWONICZU.